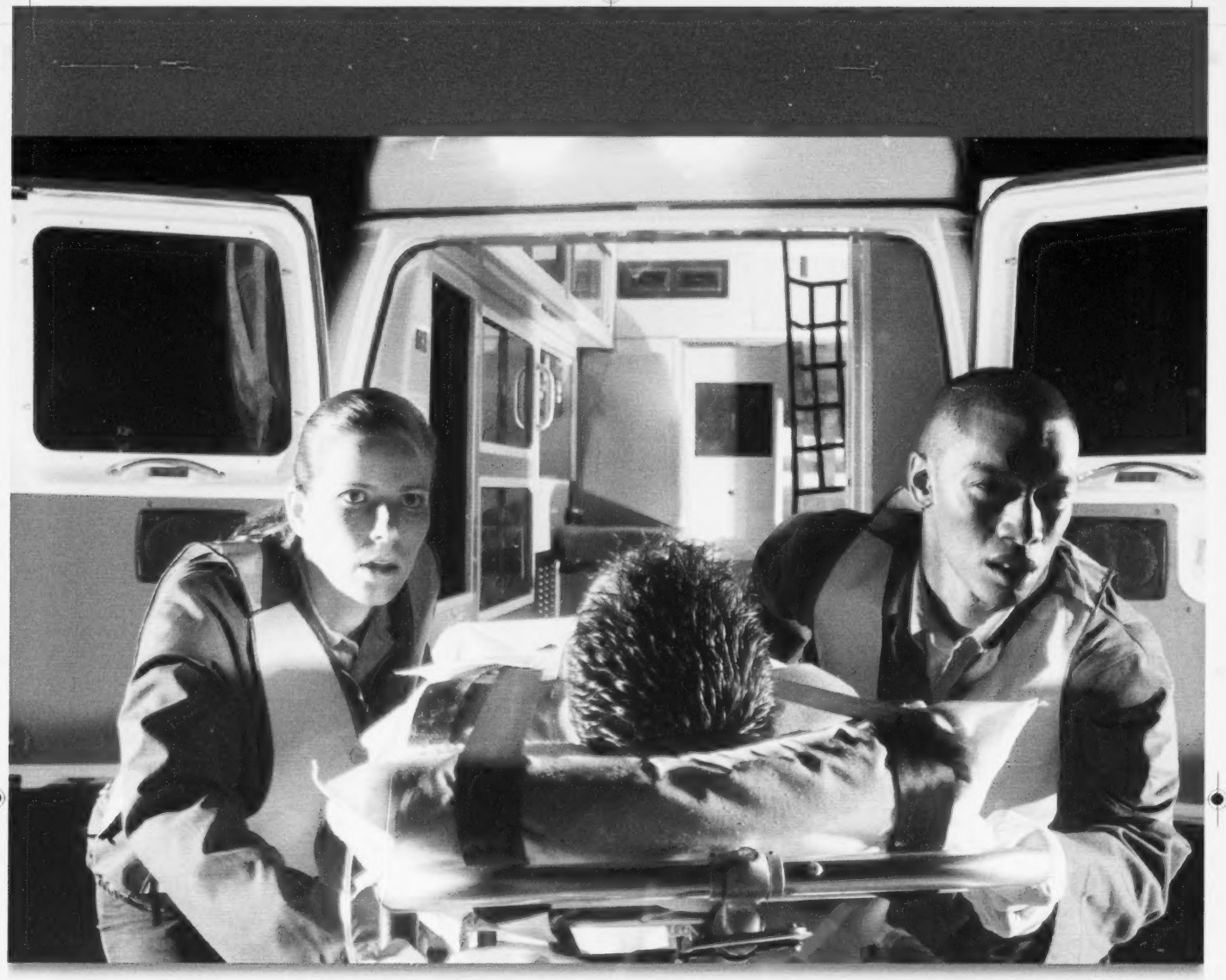
MOH EMS COVER BI FIN.QXD Layout 1 2013-11-02 11:26 AM Page 3



Les soins paramédicaux en Ontario : étude de la demande de réglementation des soins paramédicaux conformément à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

volume 1

Ontario
Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

Ontario
Health Professions Regulatory Advisory Council
Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

56 Wellesley St W.
12th Floor
Toronto ON M5S 2S3

Tel 416 326-1550
Fax 416 326-1549
Web site www.CCRPS.org
E-mail
HPRACWebMaster@ontario.ca

56, rue Wellesley Ouest,
12e étage
Toronto ON M5S 2S3

Tél 416 326-1550
Téléc 416 326-1549
Site web www.CCRPS.org
Courriel
HPRACWebMaster@ontario.ca

Le 20 décembre 2013

L'Honorable Deb Matthews
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 2C4

Madame la Ministre,

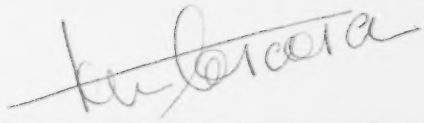
Nous sommes heureux de présenter notre rapport sur la pertinence de la réglementation des ambulanciers paramédicaux en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR).

Dans le cadre de notre processus habituel, nous avons analysé la documentation, la loi et la jurisprudence pertinentes. Nous avons aussi procédé à un programme de consultation pendant lequel nous avons interviewé bon nombre de parties intéressées, notamment des membres de la profession, des représentants d'ordres et d'associations de professionnels de la santé réglementés et d'autres associations, notamment celles qui représentent les ambulanciers paramédicaux; des représentants des syndicats des ambulanciers paramédicaux syndiqués de la base et d'autres parties intéressées importantes, comme des représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et de ses partenaires en ce qui a trait à la prestation de services d'ambulance, des représentants du système hospitalier de base et des municipalités qui fournissent des services médicaux d'urgence (SMU) à leurs communautés.

Même si nous reconnaissons que les ambulanciers paramédicaux sont des professionnels de la santé qualifiés qui ont gagné le respect de leurs pairs, le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) ne recommande pas leur réglementation en vertu de la LRSR parce que la demande de réglementation ne satisfait pas au critère primaire lié au risque de préjudice et parce que l'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux n'est pas dans l'intérêt du public. Bien que la pratique paramédicale comporte un risque de préjudice pour la santé et la sécurité du public, et que le système de surveillance actuel est trop complexe, le système dans son ensemble est sain et prévient de façon appropriée les risques de préjudice pour les patients.

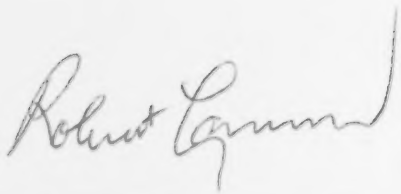
Il nous tarde de vous rencontrer et de discuter avec vous des constatations de notre rapport et de nos recommandations.

Veuillez recevoir, Madame la Ministre, mes respectueuses salutations.



Thomas Corcoran, président

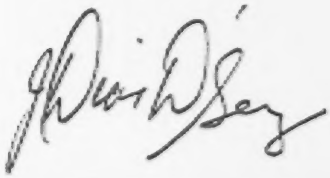
Rex Roman, vice-président



Bob Carman, membre

Said Tsouli, membre

Peggy Taillon, membre



Jeanette Dias D'Souza, membre

Soins paramédicaux en Ontario : Réflexion sur la demande de réglementation des ambulanciers paramédicaux en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

Rapport préparé par le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

Décembre 2013

Table des matières

Résumé 1

Chapitre I : Recommandation 3
Pourquoi? 3

Chapitre II : Contexte 5
Question 5
Prestation des soins paramédicaux 5
Évolution de la profession 7
Gestion des lieux 9
Le vérificateur général de l'Ontario 11
Critères du CCRPS 13

Chapitre III : Ce que nous avons entendu 15
Programme de consultation 15

Chapitre IV : Nos constatations 25
Analyse de la jurisprudence 25
Analyse par territoire de compétence 26
Analyse de la documentation 28
Mesures de protection actuelles 31
Pratique indépendante d'actes autorisés 50
Soins non urgents 53
Soins interprofessionnels 63

Chapitre V : Justification et conclusion 68

Annexe A : À propos du CCRPS 72

Annexe B : Programme de consultation auprès d'ambulanciers paramédicaux et de préposés en soins médicaux d'urgence 73
Approche de consultation du CCRPS 73
Questionnaire de consultation 84
Critères et processus décisionnel du CCRPS 88

Annexe C : Demande de l'OPA 98
Annexe D : Glossaire 209

Résumé

Dans une lettre du 28 juin 2007, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée demandait au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) de déterminer si les ambulanciers paramédicaux et les préposés en soins médicaux d'urgence (PSMU) devraient être réglementés en Ontario, en vertu de la *Loi de 1991sur les professions de la santé réglementées* (LPRS) et « dans l'affirmative, quels en seraient le champ d'exercice, les actes et les titres autorisés appropriés. »

Les ambulanciers paramédicaux dispensent des soins à des personnes dans des milieux qui peuvent être désordonnés, dangereux et complexes d'un point de vue social. Le public a accès à des services de soins paramédicaux en composant le 911. Le système ambulancier, qui regroupe les ambulanciers paramédicaux et les PSMU, est actuellement géré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) en vertu de la *Loi sur les ambulances* et de son Règlement, ainsi que par ses normes et ses politiques.

Le MSSLD a aussi mis sur pied un système d'hôpitaux principaux régionaux qui collaborent avec les fournisseurs de services ambulanciers des municipalités pour fournir des soins médicaux d'urgence préhospitaliers. Les ambulanciers paramédicaux sont autorisés par les médecins des hôpitaux principaux à exécuter des actes autorisés ainsi qu'à appliquer une série d'autres mesures pour protéger et assurer la sécurité des citoyens. Le système affiche un taux élevé d'interactions ambulancier paramédical-patient : sur une période de 12 mois, plus de 1,9 million de demandes pour des ambulances ont été enregistrées et plus de 900 000 transports ont été effectués. Avec l'introduction récente des programmes de service ambulancier paramédical communautaire, la profession a évolué, et la pression externe sur le champ d'exercice des ambulanciers paramédicaux est reconnue comme étant un facteur potentiel de changement dans la profession. Le CCRPS a invité l'Ontario Paramedic Association (OPA), l'association professionnelle provinciale, à déposer une demande pour réglementer les ambulanciers paramédicaux en vertu de la LPSR. En mars 2013, l'OPA soumettait sa demande. Le présent rapport expose les résultats de l'examen de cette demande par le CCRPS ainsi que l'évaluation par l'organisme d'autres travaux de recherche disponibles à cette période.

Dans le cadre de son évaluation, le CCRPS a mené une consultation publique d'envergure d'avril à juillet 2013; il a demandé à de nombreuses organisations et personnes leur opinion sur la question. Vers la fin de la période de consultation, 444 parties intéressées avaient répondu. Des entrevues auprès d'informateurs clés ont aussi été menées, pour déterminer les intérêts et les préoccupations des parties intéressées.

En outre, une analyse de la documentation, du domaine juridictionnel et de la jurisprudence a été effectuée et rendue public pendant la période de consultation. Le CCRPS a mené d'autres recherches au besoin, notamment une évaluation du système de surveillance actuel.

Les critères du CCRPS reposent sur les moyens sur lesquels s'appuie sa décision de réglementer ou non un groupe de professionnels de la santé. Les demandes de réglementation de professions soumises à la LPSR doivent atteindre un « seuil de risque de préjudice » et démontrer, preuve à l'appui, qu'il existe un risque pour le public et qu'il est dans l'intérêt de ce dernier que la profession en question soit réglementée en vertu de la loi. Lorsqu'une demande atteint ce seuil,

le CCRPS détermine si la réglementation en vertu de la LPSR est la mesure la plus appropriée ou si une autre approche d'atténuation du risque serait préférable. L'évaluation des mérites de la profession qui souhaite être réglementée est exclue des critères du CCRPS.

Selon l'application des critères du CCRPS à la demande de réglementation et l'information supplémentaire disponible au moment de la rédaction, le demandeur n'avait pas atteint le seuil de risque de préjudice. De plus, l'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux n'est pas dans l'intérêt du public. Le CCRPS ne recommande donc pas la réglementation des ambulanciers paramédicaux en vertu de la LPSR.

Le CCRPS a aussi déterminé un certain nombre d'avenues que le MSSLD pourrait considérer en vue d'élargir sa vision de la pratique paramédicale, notamment le renforcement et l'amélioration de la surveillance exercée par les programmes des hôpitaux principaux, la rationalisation et l'exhaustivité accrue de la surveillance des ambulanciers paramédicaux, la protection du titre d'ambulancier paramédical et l'établissement de la collaboration interprofessionnelle en tant qu'éléments fondamentaux de la prestation des soins médicaux d'urgence préhospitaliers.

Chapitre I : Recommandation

Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) ne recommande pas la réglementation des ambulanciers paramédicaux *en vertu de la Loi de 1991sur les professions de la santé réglementées* (LPRS).

Pourquoi?

Le CCRPS s'est appuyé sur ses critères à deux parties et son processus pour évaluer la demande de l'Ontario Paramedic Association (OPA) relativement à la réglementation des ambulanciers paramédicaux en vertu de la LPSR.

Le CCRPS reconnaît que la pratique paramédicale comporte un certain risque de préjudice à la santé et à la sécurité du public et que le système de surveillance encadrant les ambulanciers paramédicaux est complexe. Le CCRPS a examiné la preuve disponible et a déterminé que le système de surveillance actuel prévient de façon appropriée le risque de préjudice et, en fonction de la preuve présentée, que la complexité du système ne se traduit pas par un risque de préjudice pour les patients.

Le CCRPS juge que le seuil de risque de préjudice n'a pas été atteint et que l'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux n'est pas dans l'intérêt du public.

Autres points d'intérêt

Le MSSLD peut faire évoluer la prestation des soins médicaux d'urgence préhospitaliers en passant d'une vision limitée aux services ambulanciers à une vision élargie de la pratique paramédicale. Pour aider à améliorer les soins prodigués aux patients et à tirer profit des grandes compétences et des habiletés poussées de ces professionnels des soins de santé, les changements apportés aux services ambulanciers devraient comprendre :

- Le renforcement du programme des hôpitaux principaux pour couvrir tous les cas de délégation d'actes autorisés aux ambulanciers paramédicaux (les initiatives communautaires visant les soins paramédicaux, par exemple);
- La révision des normes des guides ALS et BLS[1], pour que tous les actes médicaux soient exécutés sous la surveillance d'un programme d'hôpital principal.
- Protection du titre d'ambulancier paramédical;
- Accroissement de l'efficacité et de l'efficience du système de surveillance, notamment les modifications apportées au processus de plaintes;

---

[1] En Ontario, l'ambulancier paramédical doit fournir des soins aux patients conformément aux normes et procédures établies par les normes de Basic Life Support (BLS) (normes de soins de base de maintien des fonctions vitales); l'ambulancier paramédical de niveau avancé (APNA) et l'ambulancier paramédical de niveau spécialisé (APNS) doivent de plus respecter les normes Advanced Life Support (ALS) (normes de soins avancés de maintien des fonctions vitales). Règl. de l'Ontario 257/00, aux alinéas 11*a*) et *b*), http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/english/elaws_regs_000257_e.htm.(lien consulté le 19 décembre 2013).

- Augmentation des occasions de prodiguer des soins interprofessionnels en tant que principe directeur pour la prestation des soins médicaux d'urgence préhospitaliers.

Chapitre II : Contexte

Question

Le 28 juin 2007, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée en poste à l'époque a demandé au CCRPS de « déterminer si les ambulanciers paramédicaux et les préposés en soins médicaux d'urgence devraient être réglementés en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et, dans l'affirmative, quels en seraient le champ d'exercice, les actes et les titres autorisés appropriés ».

La question a été soumise de nouveau le 25 février 2009, le 26 mars 2010 et le 19 avril 2011. Le 26 mars 2010, l'honorable Deb Matthews a sollicité des recommandations pour le 31 décembre 2013.

Prestation des soins paramédicaux

Les SMU, ou les services d'ambulance, fournissent des soins de santé aux personnes qui éprouvent des problèmes de santé subits et graves. Le public peut avoir accès à de tels services (ainsi qu'à des services de police et de pompiers des partenaires des SMU pour assurer la sécurité du public) en composant le 911. Le MSSLD signale qu'au cours d'une période de 12 mois, plus de 1,9 million de demandes pour des ambulances ont été enregistrées et plus de 900 000 transports ont été effectués[2].

Le MSSLD gère le système d'ambulanciers de l'Ontario, dont font partie les ambulanciers paramédicaux et les PSMU[3], en s'appuyant sur la *Loi sur les ambulances*[4] et son Règlement[5], et sur des normes et politiques; la Direction des services de santé d'urgence (DSSU) du MSSLD en dirige les activités. La DSSU a développé des partenariats, conformément à la loi et à des ententes, avec le système de soins hospitaliers de l'Ontario et les municipalités qui fournissent des SMU à leurs communautés.

---

[2] MSSLD, *Direction des services de santé d'urgence, Statistiques*, http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/ehsf/ehs_dtf.html. (lien consulté le 3 novembre 2013).

[3] L'OPA a expliqué que l'appellation « PSMU » est un « terme utilisé dans la *Loi sur les ambulances* pour garantir le maintien des droits acquis, mais auquel aucun mécanisme d'accès à la pratique ne correspond aujourd'hui. » (voir la page 3 de la demande). Le MSSLD a de plus déclaré que « cette appellation désigne tous les ambulanciers paramédicaux, quelle que soit leur catégorie. » (voir http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/ehsf/qaf/edu_qaf.html). Voilà pourquoi, dans le présent rapport, on parle d'« ambulanciers paramédicaux » et non d'« ambulanciers paramédicaux et de PSMU. »

[4] *Loi sur les ambulances*, http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90a19_f.htm. (lien consulté le 12 novembre 2013).

[5] Règl. de l'Ont. 129/99, http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/english/elaws_regs_990129_e.htm;(lien consulté le 12 novembre 2013). Règl. de l'Ont. 257/00 http://www.elaws.gov.on.ca/html/regs/english/elaws_regs_000257_e.htm (lien consulté le 12 novembre 2013). Règl. de l'Ont. 497/07, http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/english/elaws_regs_070497_e.htm (lien consulté le 12 novembre 2013).

Le MSSLD a mis en place un système de huit hôpitaux principaux régionaux (sept services terrestres et un service aérien) qui assure le leadership et l'orientation sur les aspects médicaux des soins médicaux d'urgence préhospitaliers. Chacun de ces hôpitaux voit à la formation, à l'assurance-qualité, à l'accréditation, à l'éducation et fournit des conseils aux ambulanciers paramédicaux à partir d'un hôpital hôte.

Les fournisseurs municipaux de SMU gèrent les services d'ambulance dans leur région. Leurs fonctions comprennent l'élaboration d'une structure de gouvernance et d'organisation pour permettre la prestation de services, la gestion des véhicules et des ambulanciers paramédicaux et le financement des activités des services ambulanciers. La DSSU a déclaré ce qui suit : « La province verse aux municipalités des subventions représentant 50 % du coût approuvé des services requis en vertu des normes prévues par la loi[6]. »

Il existe 53 fournisseurs municipaux de SMU en Ontario (municipaux, privés, hôpitaux, Premières Nations et bénévoles)[7]. Ces fournisseurs collaborent avec huit hôpitaux principaux (sept services terrestres et un service aérien) et avec le MSSLD pour offrir des soins médicaux d'urgence préhospitaliers.

Comme dans le reste du Canada, il existe trois niveaux d'ambulanciers paramédicaux en Ontario; chaque niveau s'appuyant sur les compétences et les habiletés du niveau inférieur et assumant son champ d'exercice. Dans sa demande d'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux, l'OPA décrit ces niveaux[8] :

- L'ambulancier paramédical de premier niveau (APPN) travaille avec un autre APPN ou avec un ambulancier paramédical d'un niveau supérieur pour fournir des soins médicaux de base dans le cadre d'appels urgents et non urgents.
- S'appuyant sur les connaissances et les habiletés d'un APPN, l'ambulancier paramédical de niveau avancé (APNA) fournit des services d'évaluation supérieurs ainsi que de soins aux patients dans un état critique. L'APNA peut pratiquer des interventions effractives.
- En plus de posséder les connaissances et les habiletés d'un APNA, l'ambulancier paramédical de niveau spécialisé (APNS) effectue des évaluations plus approfondies, notamment l'interprétation de données de laboratoire. Les traitements sont souvent effractifs. L'APNS est plus autonome; en outre, il consulte souvent et sans intermédiaire des autorités médicales sur les cas qui lui sont soumis.

Le groupe des APPN compte le plus grand nombre d'ambulanciers paramédicaux du Canada[9]. En Ontario, environ 80 % des 7 000 ambulanciers paramédicaux de la province sont des APPN, environ 20 % sont des APNA et moins de 0,5 % sont des APNS. La plupart des ambulanciers paramédicaux en Ontario (environ 70 %) travaillent à temps plein; le reste travaille à temps partiel.

---

[6] MSSLD, *Direction des services de santé d'urgence, Statistiques*
[7] Idem.
[8] Demande de l'OPA, 4.
[9] Idem.

Pour avoir le droit d'exercer en Ontario et satisfaire aux exigences obligatoires en matière de soins aux patients, il faut réussir un examen provincial préparé par le MSSLD qui permet d'obtenir une accréditation en tant que préposé aux soins médicaux spécialisés d'urgence (PSMSU)[10]. Un ambulancier paramédical doit aussi avoir en main une offre d'emploi d'un fournisseur municipal de SMU et obtenir par la suite une accréditation de l'hôpital principal auquel il sera affilié. L'accréditation de l'hôpital principal permettra à l'ambulancier paramédical d'effectuer des actes autorisés dans le cadre de son emploi avec le fournisseur municipal de SMU[11].

Pour assurer sa compétence en matière de soins aux patients, l'ambulancier paramédical doit chaque année obtenir une nouvelle accréditation auprès de son l'hôpital principal en suivant des cours de formation médicale continue (FMC). Les cours liés aux actes autorisés sont offerts par l'hôpital principal. Le fournisseur municipal de SMU donne des cours sur d'autres sujets. (Pour en savoir plus sur la surveillance des ambulanciers paramédicaux, voir le chapitre IV.)

Évolution de la profession

La pratique paramédicale n'est pas née d'hier et ses responsabilités et caractéristiques ont évolué au même rythme que l'évolution du système de soins de santé. Le CRPS a examiné l'évolution de la pratique paramédicale et les hauts faits publiés de son histoire dans son document intitulé, *Document d'information sur le renvoi relatif aux ambulanciers paramédicaux et aux préposés en soins médicaux d'urgence*[12] :

- Lointaine origine – Les services médicaux d'urgence ont fait leur apparition à l'époque des Grecs et des Romains, quand les soldats blessés étaient évacués dans des chariots tirés par des chevaux[13].

- Début des années 1900 – Des services d'ambulance privés en Ontario offraient alors ce type de services, et les patients en assumaient les frais. Ces entreprises fournissaient habituellement d'autres services; les véhicules qui servaient aux transports des patients servaient aussi pour la livraison, comme voitures familiales et comme corbillards[14].

---

[10] MSSLD, *Formation et accréditation des ambulanciers paramédicaux, Questions et réponses*, http://www.health.gov.on.ca/french/public/programf/ehsf/qaf/edu_qaf.html (lien consulté le 7 novembre 2013).
[11] Demande de l'OPA, 1fn.
[12] CCRPS, *Document d'information sur le renvoi relatif aux ambulanciers paramédicaux et aux préposés en soins médicaux d'urgence*, http://www.hprac.org/fr/projects/resources/BackgrounderforParamedicsandEmergencyMedicalAttendantsv42012-12-10Tams_FR_GEL_LN_GOTRA552588.pdf (lien consulté le 13 novembre 2013).
[13] Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System & Board on Health Care Services, *History and2 Current State of EMS, Future of Emergency Care, Emergency Medical Services at the Crossroads*, Washington, D.C.: The National Academies Press, 2007.
[14] Hanna, James A, *A Century of Red Blankets — A History of Ambulance Service in Ontario*, Boston Mills Press, Erin, ON: 1982.

- Fin des années 1960 – Une tendance se dessine en Ontario vers des soins préhospitaliers officialisés, qui sont jumelés à des normes minimales concernant la formation des préposés aux ambulances, l'équipement de l'ambulance et la conception du véhicule[15].

- Des années 1960 aux années 1990 – L'Ontario réorganise et rationalise ses activités. Le MSSLD finance tous les services d'ambulance de la province, établit des normes, fournit l'équipement et gère les centres de répartition.

- 1988 – Le MSSLD désigne les hôpitaux principaux en Ontario[16].

- 1998 – Une partie de la responsabilité des services d'ambulance terrestres est transférée à un niveau supramunicipal et des agents de prestation sont nommés. À l'heure actuelle, les services d'ambulance sont fournis conjointement par les municipalités et le MSSLD.

- Années 1990 – La pratique paramédicale en Ontario continue de s'organiser; de nouvelles normes et de nouvelles technologies sont mises à profit.

- 2002 – Le système d'hôpitaux principaux est rationalisé pour en améliorer l'uniformité. Les 21 hôpitaux principaux existants ont été harmonisés, ce qui a abouti au cadre actuel formé par les huit hôpitaux principaux.

- Aujourd'hui – les ambulanciers paramédicaux fournissent des soins en s'appuyant sur des protocoles et des ordres permanents écrits. L'ambulancier paramédical demande conseil quand les options d'ordres permanents ont été épuisées.

- Aujourd'hui et demain – L'innovation médicale et les technologies émergentes ont exercé une pression qui a repoussé les limites du champ d'exercice de l'ambulancier paramédical. Puis, il est devenu nécessaire de fournir une formation plus approfondie aux ambulanciers paramédicaux afin qu'ils puissent exercer les actes de plus en plus complexes de leur champ d'exercice.

- Aujourd'hui et demain – Un nouveau rôle de l'ambulancier paramédical a récemment été déterminé dans le contexte émergeant de la pratique paramédicale communautaire. Ici, certains ambulanciers paramédicaux fournissent des soins à des personnes qui ont besoin d'être évaluées, traitées ou qui ont des problèmes de santé qui ne nécessitent pas de soins aigus, qui sont atteints de maladie chronique ou qui ont besoin de soins pour rester en santé. L'ambulancier paramédical communautaire est chargé, par exemple, d'évaluer un patient, de décider quelles sont les meilleures options de traitement et de communiquer avec le patient et avec les membres de sa famille. (pour en savoir plus sur la pratique paramédicale communautaire, voir le chapitre IV.)

---

[15] OPA, *History of Paramedics*, http://www.ontarioparamedic.ca/index.php/paramedics/history-of-paramedics (lien consulté le 18 octobre 2012).
[16] Idem.

Gestion des lieux

Tout comme c'est le cas pour les services de police et de pompiers, les SMU sont un service de sécurité publique. Par conséquent, le milieu où s'exerce la pratique paramédicale est unique dans les professions de la santé. Les ambulanciers paramédicaux répondent à des urgences et traitent toutes sortes de patients dans des milieux qui peuvent être désordonnés, dangereux et complexes d'un point de vue social.

Selon des experts, les ambulanciers paramédicaux doivent coordonner des processus sociaux particuliers et contrôler l'activité là où est le patient afin d'y avoir accès et de le soigner[17]. Selon le D[r] Anthony Campeau les « ambulanciers paramédicaux doivent adapter des procédures médicales à leur contexte de travail; la pratique paramédicale représente donc un type de soins uniques. Ils réussissent à transformer un milieu non contrôlé où une urgence est survenue en un lieu qui convient à la prestation de soins d'urgence. » [traduction libre][18] Le lieu, et non les traitements utilisés, différencie la pratique paramédicale de la pratique des autres fournisseurs de soins de santé[19].

La gestion des lieux peut comprendre[20] :

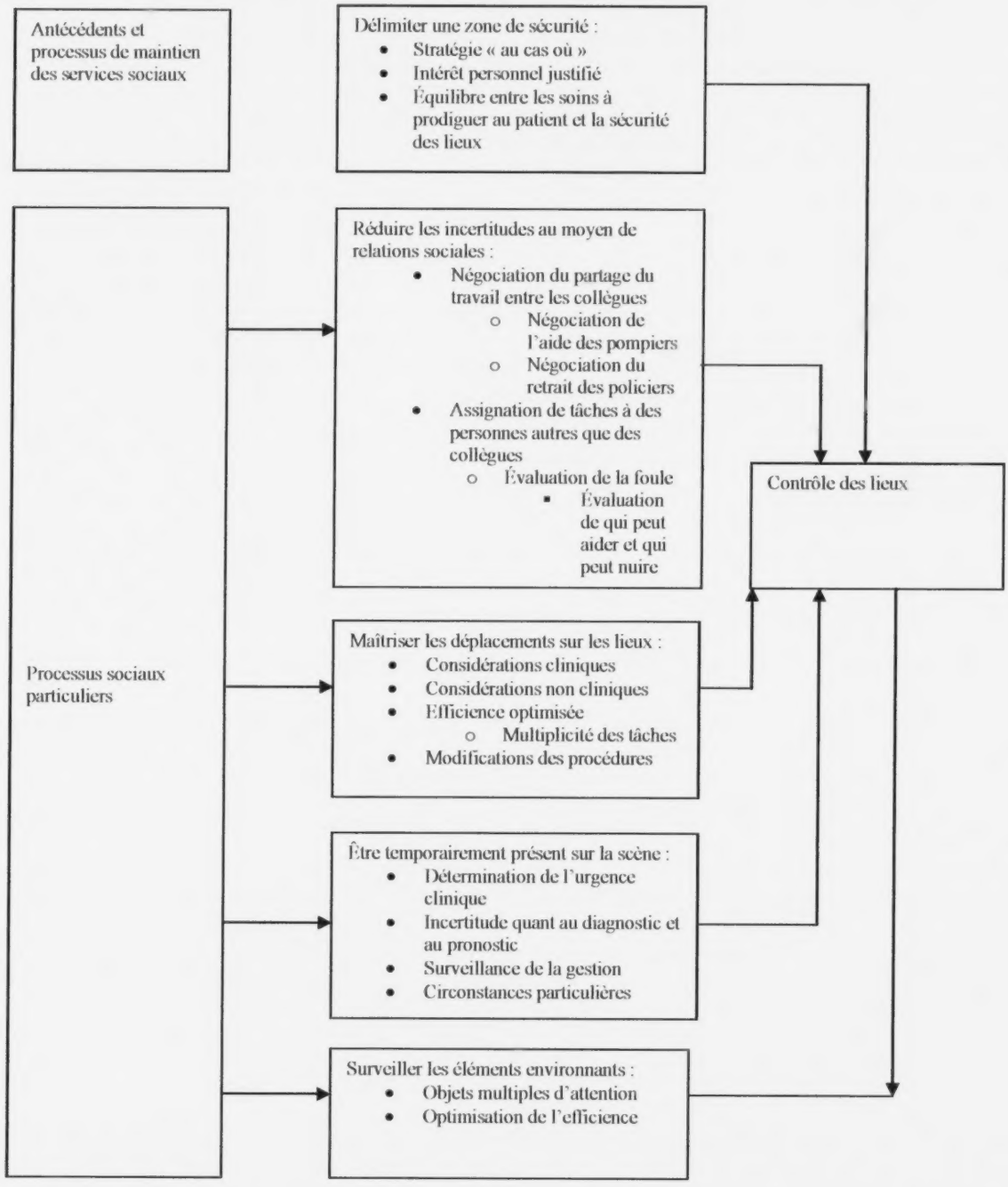
1. Délimiter une zone de sécurité;
2. Réduire les incertitudes au moyen des relations sociales;
3. Maîtriser les déplacements sur les lieux;
4. Être temporairement présent sur la scène;
5. Surveiller les éléments environnants.

La figure 1 illustre la théorie du contrôle de l'espace dans la gestion des lieux d'Anthony Campeau.

---

[17] Anthony Campeau, *The Space-Control Theory of Paramedic Scene Management*, Symb Interact 31(3).
[18] Idem, 286.
[19] Anthony Campeau, *The Space-Control Theory of Paramedic Scene Management*
[20] Anthony Campeau, "A Space-Control Theory of Paramedic Scene Management" (thèse de doctorat, University of Toronto, 2007).

Figure 1 : Théorie du contrôle de l'espace dans la gestion des lieux par les ambulanciers paramédicaux



Source : Anthony Campeau, *The Space-Control Theory of Paramedic Scene Management,* Symb Interact 31(3):290.

Le vérificateur général de l'Ontario

Le Bureau du vérificateur général de l'Ontario a fait part de ses observations sur certains enjeux soulevés dans la question du CCRPS concernant les ambulanciers paramédicaux et les PSMU. Par exemple, divers rapports publiés entre 2000 et 2012 portent sur le transport des patients[21,22], les pilotes d'ambulance aérienne et les processus à suivre[23,24,25], les hôpitaux principaux[26,27], le transfert des patients de l'ambulance au service d'urgence d'un hôpital et les répercussions du temps d'attente[28,29], ainsi que la formation en services de triage pour les ambulanciers paramédicaux[30,31].

En 2005, les constatations en ce qui a trait aux hôpitaux principaux ont mis en lumière des différences sur le plan du rendement dans les hôpitaux ainsi que des préoccupations sur l'intégralité de l'information fournie et de l'adhésion aux normes[32]. Le rapport relate aussi, de façon inégale, l'histoire de la modernisation du système des hôpitaux principaux. En 2007, dans un rapport de suivi, le vérificateur faisait remarquer que la consolidation et l'harmonisation des hôpitaux principaux, qui devaient résoudre les problèmes soulevés, avaient commencé[33]. (L'harmonisation des hôpitaux principaux s'est terminée en 2009[34].)

---

[21] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport spécial sur l'obligation de rendre compte de l'optimisation des ressources (2000)*, chap. 3.09, 160–82, http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr00special/309fr00.pdf (lien consulté le 13 novembre 2013).

[22] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel* (2005), chap. 3.02, 35–59, http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr05/302fr05.pdf (lien consulté le 13 novembre 2013).

[23] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport spécial* (mars 2012), 37–9, http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/ornge_web_fr.pdf (lien consulté le 13 novembre 2013).

[24] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel* (2005), chap. 3.01, 24–32, http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr05/301fr05.pdf (lien consulté le 13 novembre 2013).

[25] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel* (2007), chap. 4.01, 332–5, http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr05/401fr07.pdf (lien consulté le 13 novembre 2013).

[26] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel* (2005), chap. 3.02, 35–59.

[27] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel* (2007), chap. 4.02, 336–43,http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr05/402fr07.pdf (lien consulté le 13 novembre 2013).

[28] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel* (2010), chap. 3.05, 132–63, http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr05/305fr10.pdf (lien consulté le 13 novembre 2013).

[29] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel* (2012), chap. 4.05, 349–57, http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr12/405fr12.pdf (lien consulté le 13 novembre 2013).

[30] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel* (2010), chap. 3.05, 135 et 144, http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr10/305fr10.pdf (lien consulté le 13 novembre 2013).

[31] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel (2012)*, chap. 4.05, 352.

[32] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel* (2005), chap. 3.02, 56–8.

[33] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel* (2007), chap. 4.02, 342–3.

[34] La réorganisation du système des hôpitaux principaux a donné lieu à la réduction du nombre d'hôpitaux principaux, qui a été ramené de 21 à 8 systèmes régionaux (7 services terrestres, 1 service aérien). Les objectifs d'harmonisation réalisés comprennent l'amélioration des soins aux patients en optimisant l'efficience et la normalisation des hôpitaux principaux (p. ex. en assurant l'adoption d'un ensemble de directives médicales dans toute la province, en introduisant rapidement un ensemble de technologies et de traitements dans toute la province, etc.).

Dans un rapport de 2010, le vérificateur a en outre étudié le processus de transfert des patients transportés en ambulance dans les hôpitaux et les répercussions liées au temps d'attente comme élément de sa vérification sur la possibilité qu'un échantillon de services d'urgence possèdent l'infrastructure administrative appropriée pour gérer et coordonner leurs services de façon efficiente, économique, qui permet la déclaration et qui est conforme aux exigences établies par la loi[35]. Le rapport comprend des anecdotes sur des ambulanciers paramédicaux qui sont restés dans les services d'urgence pendant près de trois heures afin de transférer leur patient aux soins des infirmiers, ou jusqu'à ce qu'un lit se libère; ces cas étaient liés à la rareté, voire l'absence d'ambulances pour répondre à des appels d'urgence [36]. Le rapport de suivi de 2012 faisait état des progrès du MSSLD concernant ces problèmes.

Le même rapport relevait des incohérences entre la façon dont les ambulanciers paramédicaux et les services d'urgence appliquaient les directives de triage[37]; le vérificateur attribuait en partie celles-ci à une formation désuète des ambulanciers paramédicaux[38]. Le rapport de suivi de 2012 expliquait comment le MSSLD avait résolu le problème, soit en préparant un guide à l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) à l'intention des ambulanciers paramédicaux dans le cadre de l'attribution, de la communication et de la documentation des niveaux d'ETG. Nous ignorons si le MSSLD a finalisé et distribué le document.

Le vérificateur a tout d'abord formulé des recommandations concernant le transfert de patients dont les soins requis ne sont pas urgents en 2000. Il a mentionné que les rendez-vous manqués pour des tests de diagnostic pouvaient retarder le traitement des patients[39]. Un rapport de suivi préparé en 2002 mentionnait que le MSSLD avait amorcé les travaux à ce sujet. En 2005, le vérificateur constatait dans un rapport que le MSSLD devait prendre des mesures supplémentaires pour déterminer si les transferts de patients entre établissements étaient effectués de façon appropriée et économique. Le MSSLD a poursuivi ses travaux à ce sujet et, en 2007, le vérificateur signalait que des discussions étaient en cours avec le ministère des Transports[40].

---

[35] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel* (2010), chap. 3.05, 132–63, http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr10/305fr10.pdf (lien consulté le 13 novembre 2013).

[36] Idem, 136.

[37] Tous les services d'urgence au Canada utilisent les mêmes normes de triage et les niveaux de triage sont signalés à Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'ETG est un outil qui permet aux services d'urgence de classer leurs patients par ordre de priorité et de gérer la prestation de soins. Voir, par exemple, les renseignements fournis par l'Association canadienne des médecins d'urgence, http://caep.ca/resources/ctas, (lien consulté le 17 décembre 2013).

[38] Idem, 135.

[39] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport spécial sur l'obligation de rendre compte de l'optimisation des ressources (2000)*, chap. 3.09, 176, http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr00special/309fr00.pdf (lien consulté le 13 novembre 2013).

[40] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel* (2007), chap. 4.02, 338, *http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr05/402fr07.pdf* (lien consulté le 13 novembre 2013).

Critères du CCRPS

La demande d'OPA relativement à l'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario a été examinée d'après des critères de réglementation en vertu de la LPSR du CCRPS[41].

Le **critère primaire** repose sur le risque de préjudice sur la santé et la sécurité du public que pose la profession de la santé qui demande la réglementation. Ce critère agit comme un mécanisme de sélection : le demandeur doit présenter un dossier solide, fondé sur des données probantes, qui s'appuie sur une prépondérance de preuves et qui démontre qu'il existe un risque de préjudice pour le public avant que la demande ne passe à un autre niveau.

Une fois que la demande a satisfait ce premier critère, elle est évaluée en fonction des **critères secondaires**. Le CCRPS applique ses critères secondaires pour déterminer si la réglementation en vertu de la LPSR est la solution la plus appropriée ou si une autre approche d'atténuation du risque serait préférable. Ce niveau d'évaluation met l'accent sur les facteurs particuliers à la profession et évalue si la réglementation en vertu du LPSR est, en fait, la meilleure façon de protéger le public.

Le critère primaire du CCRPS se définit comme suit :

> Le principe fondamental de réglementation des professions de la santé en vertu de la LPSR est de protéger le public de tout préjudice lorsque des soins de santé sont prodigués, car il est dans l'intérêt général de le faire. Ainsi, il est essentiel de démontrer que la profession de la santé cherchant à être réglementée en vertu de la loi pose un risque de préjudice pour la santé et la sécurité du public. Le terme « risque de préjudice » fait référence aux actes pour lesquels un risque important de préjudice physique ou mental peut découler de l'exercice inapproprié de la profession. Ce critère a pour but de clairement définir la mesure du préjudice que peut présenter la profession pour la santé et la sécurité du public. Lorsque le requérant considère le risque de préjudice dans ce contexte, il doit déterminer les risques associés à l'exercice de la profession, distincts des risques inhérents au domaine de soins de santé au sein duquel s'exerce la profession[42].

Une approche fondée sur des données probantes

Dans le cadre des délibérations et des processus du CCRPS et conformément aux exigences relatives à la prise de décision du ministre de la Santé et des Soins de longue durée, le CCRPS adopte une approche fondée sur des données probantes quand il formule ces recommandations en vue de l'évaluation du ministre. Les demandeurs de réglementation en vertu de la LPSR doivent fournir différents types de preuves pour documenter le processus de prise de décision. Le type de

---

[41] Voir le volume 2 pour en savoir plus sur les critères et les processus du CCRPS.

[42] CCRPS, *Réglementation d'une nouvelle profession de la santé en vertu de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées : Critères et processus,* http://www.hprac.org/fr/reports/resources/CritresderglementationdunenouvelleprofessionenvertudelaLoisurlesprofessionsdelasantreglementes_CritresetprocessusNov2011.pdf.

preuve requis diffère selon les critères sur lesquels se fonde la demande. Pour aider les demandeurs à répondre à cette exigence, le document sur les critères et les processus du CCRPS[43] regroupe les preuves requises selon un certain nombre de domaines d'intérêt : recherche, connaissance/information et économie. Des exemples sont fournis pour chaque domaine afin de permettre aux demandeurs de bien comprendre comment étayer leur demande. Ces exemples comprennent des données empiriques provenant d'essais portant sur la surveillance tirés au hasard et d'autres essais, d'études analytiques (par exemple des études de cohorte ou de cas, des analyses de séries chronologiques, des preuves empiriques, des preuves qualitatives, des études postérieures et ultérieures, des sondages, les résultats de processus de consultation sur des réseaux ou auprès de groupes, la contribution d'experts, la littérature grise et les études de viabilité financière). Le CCRPS considère et soupèse avec soin toutes les preuves présentées.

[43] Idem.

Chapitre III : Ce que nous avons entendu

Dans tous les cas, le CCRPS mène une consultation générale pour obtenir l'avis des parties intéressées pour formuler des recommandations à l'intention du ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Sur réception de la question de la part du Ministre, le CCRPS a entrepris de déterminer les préoccupations et les interrogations d'intérêt public pertinentes et de tenter de comprendre tous les points de vue, notamment ceux de médecins occupant des postes importants, de médecins concernés, de clients, de patients, de participants et de représentants d'organismes de réglementation. Puis, au moyen d'un processus à multiples étapes, les parties intéressées ont fourni de l'information et des réponses qui ont fait l'objet d'un échange entre les parties.

Programme de consultation

Du 8 avril au 8 juillet 2013, le CCRPS a mené une consultation publique de grande envergure. Pour s'assurer que la grande communauté intéressée avait l'occasion de participer aux activités, le CCRPS a demandé aux groupes, aux organisations et aux particuliers qui suivent de commenter sur la question :

- Ordres des professions de la santé
- Associations de professions de la santé réglementées
- Professionnels de la santé réglementés
- Universitaires et experts en la matière qui s'intéressent à la réglementation des professions de la santé ou possèdent une expertise dans le domaine
- Organisations et groupes qui s'intéressent à la réglementation des professionnels de la santé, des ambulanciers paramédicaux et PSMU et à d'autres enjeux pertinents
- Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)
- Le public

L'objectif du CCRPS en ce qui touche le processus de consultation était de mettre en lumière des thèmes globaux et des enjeux imprévus, et non pas de créer une source quantitative d'intérêts et de préoccupations des parties intéressées.

Le site Web du CCRPS a été le principal outil de communication pour le processus de consultation. Une page Web dédiée aux ambulanciers paramédicaux et aux PSMU[44] a été créée en tant que dépôt pour du matériel contextuel pertinent. La page contenait un lien vers un sondage en ligne, qui invitait les membres du public à exprimer leur opinion sur une série de questions liées au risque de préjudice et à d'autres préoccupations d'intérêt public. Les questions

---

[44] CCRPS, *Ambulanciers paramédicaux et préposés en soins médicaux d'urgence*, http://hprac.org/fr/projects/Paramedics.asp (lien consulté le 28 novembre 2013).

du sondage étaient fondées sur le guide des critères et processus du CCRPS[45]. On demandait entre autres aux participants si le demandeur avait démontré, preuve à l'appui, qu'il était dans l'intérêt du public que les ambulanciers paramédicaux et les PSMU soient réglementés et si la pratique des ambulanciers paramédicaux et des préposés en soins médicaux d'urgence posait un risque à la santé et à la sécurité du public et enfin, si l'autoréglementation était une solution appropriée pour la profession.

Pour la question visant les ambulanciers paramédicaux, le CCRPS avait publié sur son site Web un lien vers un sondage en ligne. Les personnes intéressées pouvaient y accéder par ce portail et envoyer une copie du sondage rempli au bureau du CCRPS. Elles pouvaient aussi faire part de leur point de vue par lettre. Vers la fin de la période de consultation, 444 parties intéressées avaient soumis des réponses au CCRPS; à deux occasions, une seule partie intéressée a fourni deux réponses.

Bon nombre des réponses ont été fournies par des membres de la pratique paramédicale; les autres l'ont été par d'autres professionnels de la santé, réglementés et non réglementés, et des membres du public. Des réponses ont aussi été fournies par des associations professionnelles (8), des ordres professionnels (4), des syndicats (2), le programme d'hôpitaux principaux (2) et d'autres organisations intéressées (4).

Les points de vue exprimés sur la réglementation étaient également répartis parmi les participants au sondage. Environ 55 % d'entre eux ont indiqué qu'il serait dans l'intérêt du public que les ambulanciers paramédicaux et les PSMU soient réglementés en vertu de la LPSR; un pourcentage semblable de répondants étaient d'avis que « l'OPA a démontré de façon convaincante que la réglementation en vertu de la LPSR est appropriée pour la profession. » [traduction libre] Un peu moins de la moitié des répondants étaient d'avis que les ambulanciers et les PSMU posaient un risque de préjudice pour la santé et la sécurité du public si la profession n'était pas réglementée. (Les tableaux 1 et 2 fournissent un aperçu des réponses des participants aux questions du sondage relativement aux critères primaire et secondaires du CCRPS. Le CCRPS a considéré l'information en fonction des critères afin de mieux comprendre les tendances et les thèmes, et non pas en tant que données quantitatives.)

---

[45] Voir *Réglementation d'une nouvelle profession de la santé en vertu de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées : Critères et processus*, ou le volume 2. Voir l'annexe B pour les questions de la consultation.

Tableau 1. Questions du sondage et réponses liées au critère primaire du CCRPS

L'OPA a-t-elle démontré de façon convaincante que la réglementation des ambulanciers paramédicaux et des préposés en soins médicaux d'urgence (PSMU) en vertu de la LPSR est dans l'intérêt public?			
	Nombre de réponses affirmatives (pourcentage)	**Nombre de réponses négatives (pourcentage)**	**Total**
Particuliers	229 (53 %)	186 (43 %)	415 (97 %)
Organisations	8 %	6 %	14 (3 %)
Total	237 (55 %)	192 (45 %)	429 (100 %)
L'OPA a-t-elle démontré, preuves à l'appui, que les ambulanciers paramédicaux et les PSMU présentent un risque de préjudice pour la santé et la sécurité du public si la profession n'est pas réglementée en vertu de la LPSR?			
	Nombre de réponses affirmatives (pourcentage)	**Nombre de réponses négatives (pourcentage)**	**Total**
Particuliers	199 (46 %)	216 (50 %)	415 (97 %)
Organisations	9 (2 %)	5 (1 %)	14 (3 %)
Total	208 (48 %)	221 (52 %)	429 (100 %)

Tableau 2. Questions du sondage et réponses liées aux critères secondaires du CCRPS

L'OPA a-t-elle démontré de façon convaincante que la réglementation en vertu de la LPSR est appropriée pour la profession?			
	Nombre de réponses affirmatives (pourcentage)	**Nombre de réponses négatives (pourcentage)**	**Total**
Particuliers	231 (54 %)	184 (43 %)	415 (97 %)
Organisations	8 %	6 %	14 (3 %)
Total (pourcentage)	239 (6 %)	190 (4 %)	429 (100 %)

Le soutien à la réglementation s'articulait autour du risque potentiel de préjudice que posent les activités professionnelles et la prise de décisions des ambulanciers paramédicaux. Les répondants qui ne soutenaient pas la réglementation de la profession ont aussi fait connaître leur opinion. De même, la plupart des participants au sondage s'entendaient sur l'autonomie des ambulanciers paramédicaux quand venait le temps de faire preuve de jugement professionnel et sur le niveau d'études et de formation suffisant pour accéder à la pratique. Certains défenseurs de la réglementation ont fait remarquer la nécessité d'éliminer les écarts dans les relations et les soins interprofessionnels en tant que facteur de motivation pour la réglementation. De plus, la plupart des participants étaient d'accord avec la mention voulant que la profession « a fait preuve d'une volonté et d'une capacité à collaborer de façon efficace avec d'autres professions ».

Les défenseurs de la réglementation et ses opposants ne s'entendaient pas quant aux répercussions possibles de la réglementation sur l'accès à des soins de qualité; les défenseurs indiquaient que la réglementation favoriserait l'accès aux soins, alors que les opposants disaient qu'elle n'aurait pas de répercussions. De plus, les deux groupes ne s'entendaient pas sur la pertinence ou la non-pertinence du mécanisme de réglementation le plus approprié pour la profession : les défenseurs étaient d'avis que la réglementation en vertu de la LPSR était la meilleure solution et les opposants disaient que l'autoréglementation n'était pas la meilleure façon de surveiller la profession. Chaque groupe s'est aussi penché sur le secteur du transport médical non urgent; les défenseurs de la réglementation argumentant que l'industrie constituait une menace pour la sécurité publique et les opposants la décrivant comme une industrie du transport qui s'exerce à l'extérieur des limites de la paramédecine. En ce qui a trait à l'organisation structurelle de la profession et à sa représentation, les deux groupes se sont aussi penchés sur l'OPA, en abordant les syndicats et les employeurs des ambulanciers paramédicaux sous diverses perspectives (par exemple en tant qu'entité individuelle ou que représentant de la profession, etc.) – réactions parfois positives, parfois négatives.

Les défenseurs de la réglementation avaient des idées différentes quant à la forme que devrait prendre l'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux. Par exemple, certains soutenaient théoriquement la réglementation de la profession, mais non pas comme le mentionnait l'OPA. Ces parties intéressées défendaient le renforcement du cadre actuel par un ordre de réglementation afin de protéger le titre et de fournir d'autres éléments de réglementation. D'autres défendeurs croyaient que le retrait de la structure de surveillance actuelle et son remplacement par un ordre des ambulanciers paramédicaux qui surveillerait seul la profession serait le meilleur plan d'action.

Les opposants à la réglementation ont rappelé la solidité de la structure de surveillance actuelle et l'absence de preuves soutenant un risque de préjudice. Ils ont aussi mis de l'avant des déclarations suggérant que la réglementation ajouterait à la complexité du système sans amélioration notable de la sécurité du public. Certaines parties intéressées ont interprété l'application en faveur d'un champ d'exercice élargi; ces parties s'interrogeaient sur l'effet qu'elle aurait sur le système d'assurance qualité actuel et se demandaient si les ambulanciers paramédicaux possédaient l'éducation et la formation pour la soutenir. Certaines parties intéressées croyaient aussi que les ambulanciers paramédicaux ne devraient pas être des candidats à la réglementation en vertu de la LPSR parce qu'ils ne possédaient pas un ensemble de connaissances et un champ d'exercice unique, et qu'ils dépendaient des médecins des hôpitaux principaux pour des actes qui leur étaient délégués.

Après une période de consultation de trois mois, un résumé des réponses reçues a été rendu public. Les parties intéressées ont alors eu droit à une période de deux semaines au cours de laquelle ils pouvaient soumettre leurs commentaires sur les réponses reçues.

Le CCRPS a reçu huit réponses pendant la deuxième période de consultation, dont une lettre du demandeur. Certains thèmes dominaient dans les premières réponses des parties intéressées (p. ex. la délégation des actes autorisés, la réglementation exagérée de la profession, les soins médicaux fournis à l'extérieur d'un programme d'hôpital principal, un manque de preuve, la surveillance actuelle suffisante, etc.). Par exemple, une partie intéressée a mentionné les avantages potentiels pour la santé publique et la formation des ambulanciers paramédicaux si la délégation était permise entre ambulanciers paramédicaux. Certaines parties ont commenté les résultats de documents de référence du CCRPS relatifs à la question. D'autres réponses, notamment celle de l'OPA, indiquaient des pratiques exemplaires pour un ordre de réglementation des ambulanciers paramédicaux.

L'OPA a aussi fait état de sa motivation et de ses objectifs, en ce qui touche son rôle en tant qu'association de professionnels et comme demandeur de la réglementation : « Nulle part dans sa demande, l'OPA déclare représenter tous les ambulanciers paramédicaux. La portée de la question relative à l'autoréglementation est bien plus large que celle de l'OPA et que celle de n'importe quelle partie intéressée [traduction libre][46] L'OPA a aussi fait remarquer qu'elle a soumis une demande de réglementation à l'instigation du CCRPS. D'autres commentaires formulés par l'OPA concernaient les exigences relatives à l'accès à la pratique, la collaboration interprofessionnelle, le rôle du conseil transitoire, l'éclaircissement du champ d'exercice et l'autorisation d'exécuter des actes autorisés dans le cadre d'une autoréglementation (« les champs d'exercice des APPN, APNA et CCP correspondraient à leur champ d'exercice actuel, avec les actes autorisés qu'ils exécutent actuellement, mais exécutés conformément à leur propre réglementation. » [traduction libre][47])

Tous les répondants ont eu l'occasion d'expliquer leur opinion. Le tableau 3 résume les recommandations et thèmes principaux exprimés par les participants à la consultation.

---

[46] Lettre du 20 août 2013 de Rob Theriault, président, OPA, à l'intention du CCRPS.
[47] Idem.

Tableau 3. Réponses à la consultation : Recommandations et thèmes

Zone de risque	Résumé des commentaires en faveur d'une réglementation	Résumé des commentaires en opposition à une réglementation
Pertinence de la surveillance	Un ordre de réglementation effectuerait une surveillance uniforme, à l'échelle de la province. Le modèle de surveillance actuel est trop complexe. La profession est exagérément réglementée.	La surveillance (fournie par les employeurs, le MSSLD et les hôpitaux principaux) est rigoureuse, efficace et complète. Les hôpitaux principaux jouent un rôle important dans la protection du public. Les ambulanciers paramédicaux sont bien réglementés en vertu de la *Loi sur les ambulances*.
Preuve de risque de préjudice	Les ambulanciers paramédicaux et les PSMU exécutent des actes autorisés et d'autres activités de soins de santé qui présentent un fort potentiel de préjudice pour le public.	Dans le cadre actuel, il n'existe pas de preuve de problèmes graves. La réglementation en vertu de la *Loi sur les ambulances* gère tout risque de préjudice; le cadre peut être exploité pour couvrir le risque résiduel.
Exécution d'actes autorisés délégués	Les ambulanciers paramédicaux exécutent des actes médicaux autorisés dans un milieu extrahospitalier unique. Ils sont peu supervisés, ce qui les amène à devoir faire preuve d'autonomie quand vient le temps de prendre des décisions. Le cadre actuel empêche les professionnels d'améliorer la qualité de leurs jugements cliniques afin de mieux protéger l'intérêt public.	Les ambulanciers paramédicaux exécutent des actes autorisés au nom des médecins des hôpitaux principaux au moyen d'un système structuré de délégation qui comprend des processus d'éducation, d'assurance qualité et d'amélioration de la qualité. L'exécution des actes autorisés ne serait pas mieux protégée par la réglementation. Le champ d'exercice indépendant proposé par le demandeur ébranlerait le système d'assurance qualité actuel administré par les hôpitaux principaux et poserait un risque important pour la sécurité publique; il n'a pas été démontré que l'enseignement et la formation actuels soutenaient

Zone de risque	Résumé des commentaires en faveur d'une réglementation	Résumé des commentaires en opposition à une réglementation
		le champ d'exercice élargi proposé. La formation et la pratique des ambulanciers paramédicaux sont très fortement réglementées et incompatibles avec un champ d'exercice indépendant.
Processus de plaintes	La reddition de comptes face au public est limitée; les procédures de plaintes sont obscures. Le public ne connaît pas le programme des hôpitaux principaux et ne sait pas comment déposer une plainte contre un ambulancier paramédical. Le public n'est pas représenté aux comités de surveillance des hôpitaux principaux.	Les plaintes portent souvent sur des problèmes opérationnels et non cliniques.
L'objectif de l'autoréglementation	Les éducateurs, les hôpitaux principaux et les autres intervenants soutiennent l'objectif de leadership de l'autoréglementation; les parties non informées sont contre. L'autoréglementation améliorera la capacité du système et favorisera la souplesse et les initiatives comme les soins paramédicaux communautaires. Le cadre actuel ne reconnaît pas l'évolution de la profession. Les membres de la profession sont bien positionnés pour la réglementation (ils ont accès à des programmes d'éducation accrédités, à des compétences nationales et à des exigences d'accréditation). Les ambulanciers paramédicaux non réglementés travaillent dans des	L'OPA ne représente pas les opinions des ambulanciers paramédicaux syndiqués de la base. Les ambulanciers paramédicaux n'ont pas montré d'engagement envers la réglementation. La réglementation fera progresser la profession, mais elle n'améliorera pas le bien commun. Les coûts très élevés d'un ordre de réglementation n'ont pas été budgétisés avec précision. Les ambulanciers paramédicaux non accrédités ne sont pas sous la même enseigne que les ambulanciers paramédicaux; ils ne sont pas assujettis à la *Loi sur les ambulances* et ils n'exécutent pas d'actes autorisés. L'autoréglementation serait un

Zone de risque	Résumé des commentaires en faveur d'une réglementation	Résumé des commentaires en opposition à une réglementation
	entreprises du secteur du transport médical non urgent et mettent les patients à risque.	fardeau bureaucratique supplémentaire inutile.

Évaluation du CCRPS : Programme de consultation

Grâce aux témoignages directs et indirects de nombreuses parties intéressées, le CCRPS a constaté que les ambulanciers paramédicaux étaient tenus en haute estime par leurs pairs. Elle a également noté la fierté et le professionnalisme qui animaient les ambulanciers paramédicaux dans l'exercice de leurs fonctions (p. ex. «L'OMCO reconnaît le rôle crucial que joue l'ambulancier paramédical dans la prestation de soins d'urgence de qualité aux patients partout dans la province[48] » ou « Les ambulanciers paramédicaux sont des professionnels de la santé très qualifiés, qui sont formés pour travailler dans des situations d'urgence complexes. » [traduction libre][49]). Ces faits pourraient avoir contribué à la fusion des opinions sur plusieurs sujets. Par exemple, la plupart des participants à la consultation, quelle que soit leur opinion sur l'autoréglementation, conviennent qu'il existe un risque potentiel de préjudice dans la prise de décision par un ambulancier paramédical et dans l'exercice de ses activités professionnelles, et que les soins interprofessionnels ont toujours été et demeureront appropriés pour la profession.

L'objectif du CCRPS était de mettre en lumière des thèmes élargis et des enjeux imprévus, et non pas de créer une source quantitative d'opinions de parties intéressées. Bien que la répartition égale des opinions (45 % des participants à la consultation étaient contre la réglementation) soit intéressante, elle ne constitue pas une preuve suffisante du manque de soutien envers la réglementation au sein de la profession. Le CCRPS a pris note de plusieurs thèmes abordés par les deux parties au débat. Les opposants à la réglementation mentionnaient la force du système de surveillance actuel et le manque de preuve quant au risque de préjudice. Ils s'interrogeaient aussi sur la façon dont l'autoréglementation jouerait en faveur de l'intérêt public et si les soins médicaux fournis à l'extérieur d'un programme d'hôpital principal par des diplômés du programme de formation des ambulanciers paramédicaux devraient être considérés comme des soins paramédicaux. Les défenseurs de la réglementation mentionnaient la complexité du système actuel et les limites en matière de reddition de comptes et de processus (p. ex. le processus des plaintes), ainsi que les autres objectifs qui ne font pas partie du processus de décision du CCRPS, par exemple le statut de la profession et la volonté proportionnelle d'autoréglementation.

---

[48] CPSO consultation comment, http://hprac.org/fr/projects/resources/PartIIConsultationResultsOtherFormat.pdf (lien consulté le 5 décembre 2013).

[49] OHO consultation comment, http://hprac.org/fr/projects/resources/PartIIConsultationResultsOtherFormat.pdf (lien consulté le 5 décembre 2013).

Entrevues avec des informateurs clés

Des entrevues avec des informateurs clés ont été menées afin de déterminer les intérêts et les préoccupations des parties intéressées tôt dans le processus de consultation. L'information a été fournie par lettre ou au cours de rencontres avec des personnes ou des organisations qui possèdent une expertise particulière ou un intérêt sur la question.

En considérant la demande de réglementation des ambulanciers paramédicaux et des PSMU, le CCRPS a mené des entrevues auprès des organisations suivantes :

- **Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) Ambulance Committee of Ontario (CACO) :** Doug Allan (représentant national, recherches); Jeff Van Pelt (vice-président, CACO)
- **Central East Prehospital Care Program (hôpital principal Lakeridge Health):** D[r] Rudy Vandersluis (directeur médical); Jim Harris (chef, amélioration continue de la qualité); Linda Calhoun (directrice principale)
- **Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) :** D[r] Rocco Gerace, registrateur
- **MSSLD, Direction des services de santé d'urgence (DSSU) :** D[r] Anthony Campeau (chef, opérations [désormais retraité]); Mark Hull (chef, Opérations); Rick Brady (responsable, Enquêtes); Cathy Francis (responsable, Éducation et normes de soins aux patients); Leeanne Colvin (coordonnatrice, Politiques provinciales et municipales, normes et liaison)
- **MSSLD, Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé :** Catherine Brown (sous-ministre adjointe); Tamara Gilbert (directrice, Direction de la mise en œuvre); Peter Biasucci (chef, Soins actifs et soins de réadaptation); Debra Bell (chef, Soins à domicile et soins communautaires)
- **MSSLD, Direction des politiques des ressources humaines dans le domaine de la santé :** Jeff Goodyear, directeur
- **Ontario Association of Paramedic Chiefs :** J.M. Price (directeur général)
- **Ontario Base Hospital Group (OBHG) :** Rob Burgess (président [A)], directeur de l'OBHG); D[r] Jason Prpic (président, Comité consultatif médical); Nicole Sykes (présidente, Direction de l'OBHG)
- **Ontario Hospital Association (OHA) :** Melissa Prokopy (directrice, Stratégie, lois et questions juridiques); Navin Malik (consultant, Enjeux visant les médecins et les professionnels); Sudha Kutty (directrice, Sécurité des patients et enjeux visant les médecins et les professionnels)
- **Ontario Paramedic Association (OPA) :** Rob Theriault (président); D[r] Michael Fitzgerald (consultant); D[r] Martin McNamara (chef du personnel, hôpital général de la baie Georgienne, membre du comité de l'OPA sur l'autoréglementation); chef Mike Nolan, chef et directeur des services d'urgence du comté de Renfrew, membre du comité de l'OPA sur l'autoréglementation)

- **Association des paramédics du Canada :** Chris Hood (président)
- **Sunnybrook Centre for Prehospital Medicine (hôpital principal de Sunnybrook) :** D[r] Rick Verbeek (directeur médical); Rob Burgess (directeur principal); Maud Huiskamp (chef)
- **Toronto Emergency Medical Services :** Larry MacKay, commandant intérimaire, Normes professionnelles

Évaluation du CCRPS : Entrevues avec des informateurs clés

Le CCRPS a recruté un grand nombre de parties intéressées pour discuter plus en profondeur de la question et, comme ce fut le cas dans le cadre du programme de consultation du CCRPS, le respect pour les ambulanciers paramédicaux et pour le travail qu'ils accomplissent est clairement ressorti de ces entrevues.

Ces informateurs ont fait preuve de générosité dans la quantité de renseignements qu'ils ont fournis. La recherche du CCRPS, analysée au chapitre IV, a tiré profit de ces renseignements.

Chapitre IV : Nos constatations

Trois analyses déterminantes ont été réalisées à l'appui de la recommandation du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS). L'information provenant de ces analyses a été rendue publique au cours de la période de consultation. Le texte complet des analyses est consigné au volume 2.

Le CCRPS a mené d'autres recherches sur un vaste éventail de sujets pour approfondir les questions de risque de préjudice et d'intérêt public relatives aux ambulanciers paramédicaux et aux préposés aux soins médicaux d'urgence (PSMU) de l'Ontario.

Analyse de la jurisprudence

Une analyse de la jurisprudence a été entreprise afin de bien cerner les questions d'ordre juridique soulevées par l'exercice de la profession d'ambulancier paramédical dans les neuf provinces de common law du Canada. L'analyse a en outre permis de décrire le cadre réglementaire de chaque province.

Elle s'est achevée en octobre 2012. Trente-huit cas de jurisprudence ont été trouvés au Canada. Pertinents à l'égard de la présente recommandation, ces cas soulèvent aussi la question du risque de porter préjudice à un patient. Leur répartition par province est la suivante : sept en Alberta, quatre au Nouveau-Brunswick et un en Saskatchewan (provinces où la profession d'ambulancier paramédical est autoréglementée[50]), onze en Colombie-Britannique et deux au Manitoba (provinces où la profession d'ambulancier paramédical est directement réglementée[51]), ainsi que treize en Ontario (où la profession d'ambulancier paramédical est indirectement réglementée[52,53].

Près du tiers des cas avaient trait au défaut de prodiguer des soins ou à la prestation de soins inappropriés. Un autre tiers portait sur des questions liées à l'emploi, lesquelles concernaient aussi parfois le comportement des ambulanciers paramédicaux, comme des problèmes liés au « caractère »[54]. Le dernier tiers regroupait, d'une part, des cas traitant de problèmes explicitement liés au comportement de l'ambulancier paramédical (mensonge, consommation

---

[50] Dans ces provinces, les professions s'autoréglementent, en vertu d'une loi et dans l'intérêt du public, par l'intermédiaire de leur ordre professionnel ou d'une organisation semblable.

[51] Les professions sont directement réglementées par le gouvernement au moyen de lois.

[52] Les ambulanciers paramédicaux qui exercent en Ontario sont indirectement réglementés par la *Loi sur les ambulances* (la Loi). La Loi établit les normes de délivrance d'un certificat pour les exploitants de services d'ambulance. Ces exploitants ne peuvent embaucher que des ambulanciers paramédicaux qui possèdent les compétences énoncées à la partie III du *Règlement de l'Ontario 257/00*.

[53] Des variables autres que la situation réglementaire, telle la population provinciale, peuvent influer sur le nombre de cas dans chaque province.

[54] La common law reconnaît le concept de moralité ou de bonnes mœurs comme un critère approprié pour l'inscription auprès d'un ordre professionnel, car il constitue une façon de protéger le public en maintenant des normes déontologiques rigoureuses. L'obligation du titulaire d'un permis ou d'un membre inscrit d'avoir de bonne mœurs est codifiée dans plusieurs lois de l'Ontario régissant les professions, y compris dans la *Loi sur le barreau*, L.R.O. 1990, chap. L8, par. 27(2).

d'alcool, plagiat lors d'un examen, etc.) et, d'autre part, des cas d'actes de violence ou d'agression sexuelle contre des collègues ou des patients.

Évaluation du CCRPS : Analyse de la jurisprudence

L'analyse de la jurisprudence excluait la jurisprudence du Québec et une quinzaine d'affaires entendues au Nouveau-Brunswick et publiées seulement en français, compte tenu de la difficulté d'obtenir des versions traduites officielles. Les 13 cas recensés en Ontario s'inscrivent dans un système aux interactions très nombreuses entre ambulanciers paramédicaux et patients : comme mentionné au chapitre II, le MSSLD signale que plus de 1,9 million de demandes de services d'ambulance et 900 000 déplacements ont été enregistrés sur une période de 12 mois[55]. Pendant la période de consultation, le CCRPS a étudié des commentaires insistant sur la signification du nombre relativement faible de cas de jurisprudence, du nombre élevé de praticiens (supérieur à 7 000) et de la nature de la pratique paramédicale[56]. Même si les problèmes abordés dans la jurisprudence analysée sont inquiétants, ils n'ont rien de surprenant pour les praticiens de la santé, surtout si l'on tient compte de la vulnérabilité de la population de patients, de la fréquence de cas semblables dans les professions de la santé réglementées et de l'étendue du champ de pratique des ambulanciers paramédicaux. Les données disponibles ne permettent pas au CCRPS de déterminer si l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical influerait sur le taux et la nature des cas de jurisprudence.

Analyse par territoire de compétence

Les provinces canadiennes, certains États des États-Unis, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et l'Australie ont également fait l'objet d'une analyse par territoire de la profession d'ambulancier paramédical.

Comme mentionné précédemment, la profession fait l'objet, dans chaque province (de common law) du Canada étudiée, d'une certaine forme de réglementation; les régimes de réglementation varient toutefois d'une province à une autre. Il existe une certaine uniformité sur le plan de la formation des ambulanciers paramédicaux au Canada, qui s'explique par le fait que bon nombre de ces programmes sont accrédités par l'Association médicale canadienne (AMC). L'accréditation repose sur le Profil national des compétences professionnelles (PNCP)[57]. L'analyse nationale (tant pour les APPN que les APNA) s'appuie elle aussi sur le PNCP. L'Association des paramédics du Canada (APC) estime que la proportion du champ de pratique

---

[55] MSSLD, « Direction des services de santé d'urgence. Statistiques ».

[56] Par exemple, le CCRPS a reçu un commentaire au cours de la période de deux semaines qui a suivi la consultation.

[57] Le PNCP a été établi en mars 2000 pour définir la profession, promouvoir l'uniformité de la formation et de la pratique en soins paramédicaux à l'échelle nationale et favoriser la mobilité des praticiens. Des profils de compétence ont été élaborés pour les niveaux suivants : répondant médical d'urgence (RMU), praticien en soins primaires (PSP), praticien en soins avancés (PSA) et praticien en soins critiques (PSC).

des ambulanciers paramédicaux commune à toutes les provinces est de 96[58] %, bien que les ambulanciers paramédicaux n'adhèrent pas tous à la norme du PNCP.

Plusieurs États américains (New York, Californie, Colorado, Minnesota et Oregon) ont été analysés plus avant. Dans l'ensemble, les États étudiés semblent avoir pour obligation centrale l'obtention d'un permis ou l'accréditation, mais la capacité limitée à enquêter sur le personnel médical d'urgence et à révoquer un permis ou à retirer l'accréditation pour conduite inappropriée. Ces dispositions permettent un contrôle plus direct que le modèle actuellement établi en Ontario, mais elles ont une portée nettement limitée. Le volume 2 précise les caractéristiques propres à différents États, provinces ou territoires.

> Aux États-Unis, les effectifs des services médicaux d'urgence (SMU) regroupent des techniciens médicaux des services d'urgence (EMT) rémunérés et bénévoles, des militaires, des pompiers, ainsi que des employés des services d'ambulance commerciaux et d'autres services publics. L'analyse par territoire témoigne du manque d'uniformité des effectifs et de la variabilité des normes et des obligations légales aux États-Unis. Pendant sa consultation, le CCRPS a reçu des commentaires exprimant des réserves quant à l'applicabilité des données des divers cadres d'exercice des États-Unis à la situation ontarienne. Par exemple, certains [PSMU américains] ne sont que des bénévoles (…) [qui se présentent] sur les lieux d'intervention dans leur tenue vestimentaire de tous les jours et dans un véhicule équipé de tout le matériel que leurs activités de collecte de fonds leur ont permis d'acheter (...). Leur volume d'appels peut être très faible et ces appels étant sporadiques, ils ne peuvent pas être exposés à une grande diversité de situations de soins préhospitaliers ni développer pleinement des compétences qui ne s'affinent qu'avec la pratique sur le terrain. En outre, certains exploitants demandent à leur personnel d'alterner des quarts de travail de pompier et de technicien médical des services d'urgence... Il importe de souligner qu'en exerçant la profession à mi-temps, ces employé(e)s ne peuvent pas actualiser leurs compétences médicales[59].

Au Royaume-Uni, la profession d'ambulancier paramédical n'est pas autoréglementée; cette dernière, ainsi que celle de technicien médical des services d'urgence, est plutôt réglementée par le Health and Care Professions Council (HCPC). Ce conseil regroupe 10 membres titulaires et 10 autres membres, tous nommés par le Conseil privé. Le HCPC autorise (délivrance de permis) et accrédite directement le personnel médical d'urgence. La situation est différente en Ontario, car dans cette province, les exploitants de services d'ambulance sont directement réglementés et ne peuvent embaucher que des ambulanciers paramédicaux possédant des compétences précises, ce qui est une forme indirecte de réglementation.

En Australie, le cadre réglementaire des professionnels des SMU varie selon l'État. Globalement, la profession est peu réglementée, même si l'accréditation nationale est souvent exigée pour obtenir un emploi comme ambulancier paramédical. L'analyse par territoire montre clairement que les professions du secteur des SMU sont moins réglementées en Australie qu'en

---

[58] Communication personnelle, Chris Hood, président de l'APC, le 10 décembre 2012.

[59] Commentaire transmis au CCRPS par un simple citoyen au cours de la période de deux semaines qui a suivi la consultation, le 21 juillet 2013.

Ontario. Dans ce pays, il revient aux services d'ambulance régionaux de déterminer les compétences et les qualités que doit posséder le personnel des services médicaux d'urgence.

En Nouvelle-Zélande, les services médicaux d'urgence ne sont actuellement pas réglementés. Cela dit, une demande a été présentée en juin 2011 pour réglementer la profession d'ambulancier paramédical en vertu de la *Health Practitioners Competence Assurance Act* (HPCAA). La HPCAA étant alors en processus de révision, l'étude de la demande de réglementation a été reportée jusqu'à ce que la révision soit terminée; elle est toujours en cours.

Évaluation du CCRPS : Analyse par territoire

L'information contenue dans l'analyse par territoire a constitué une toile de fond importante pour la compréhension de la pratique paramédicale dans d'autres régions. La surveillance des professions de la santé, notamment l'autoréglementation, n'est pas normalisée, au Canada, comme à l'étranger. Les options de réglementation vont de l'autoréglementation entièrement autonome à l'absence de processus officiel de réglementation, en passant par le contrôle exercé directement par l'État. Au Canada, les mécanismes de surveillance varient d'une province à une autre. Dans l'ensemble, ils tiennent comptent des différences régionales, de l'évolution de la profession et du régime de réglementation de chaque province.

Analyse de la documentation

Une analyse en deux parties de la documentation sur la profession d'ambulancier paramédical a été réalisée : la partie 1 passe en revue la documentation sur la sécurité des patients, tandis que la partie 2 renferme de l'information surtout axée sur l'exercice de la profession par territoire, ainsi que des renseignements sur l'amélioration de la collaboration entre professionnels et sur les soins paramédicaux communautaires.

Dans les constatations de la partie 1, il est précisé que les études, les programmes et les constatations présentées peuvent provenir de territoires ayant des systèmes de santé très différents de celui de l'Ontario. L'analyse par territoire décrit de plus le manque d'uniformité des effectifs et la variabilité sur le plan des normes et des obligations légales aux États-Unis. Comme mentionné précédemment, les commentaires des intervenants invitaient à faire preuve d'une certaine prudence au moment d'évaluer l'applicabilité des données à la situation de l'Ontario.

En outre, la partie 1 décrit la documentation publiée sur les SMU et la sécurité des patients, en particulier le nombre limité de données quantitatives disponibles. Ce qui explique la présentation de données qualitatives sur les risques pour la sécurité des patients dans l'analyse de la documentation.

Diverses études décrivent le cadre de pratique comme étant chaotique, dangereux, stressant et peu familier; un groupe d'auteurs mentionne que les fournisseurs de SMU travaillent peut-être dans les conditions les plus difficiles qui soient sur les plans physique et émotionnel, des

conditions toutes désignées pour causer du tort aux patients[60]. Ces études font écho aux commentaires entendus par le CCRPS au cours d'entrevues avec des informateurs clés qui ont aussi caractérisé une partie importante et unique de la pratique des ambulanciers paramédicaux (voir le chapitre II) telle la « gestion des lieux[61] » : la façon dont les ambulanciers paramédicaux sont exposés à des situations changeantes et dangereuses où les patients doivent être pris en charge et nécessitent bien souvent des soins critiques. En plus d'exiger des compétences techniques médicales, les ambulanciers paramédicaux doivent posséder des capacités cognitives aiguisées pour affronter l'environnement tant physique que social. Le milieu préhospitalier est très différent de l'environnement dans lequel de nombreux patients des SMU seraient soignés (services d'urgence, unités de soins intensifs, etc.) en d'autres circonstances. L'analyse de la documentation a en outre fait ressortir plusieurs risques pour la sécurité des patients dans cet environnement complexe. Ces risques sont classés en deux catégories : les facteurs contextuels à risque élevé (champ de pratique, formation, etc.) et les risques associés à la sécurité du patient au point de service (erreurs médicales, collisions d'ambulances, etc.).

L'analyse a permis de découvrir un rapport intitulé *La sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence*[62] qui décrivait un projet en trois phases sur des questions liées à la sécurité des patients des SMU. Le projet était une initiative conjointe des Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada (DSMUC), de la Calgary EMS Foundation et de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Un analyse systématique de la documentation, des entrevues qualitatives avec des informateurs clés et une table ronde de type remue-méninges ont mené aux conclusions suivantes :

- Le sujet a été peu étudié, et les recherches complexes susceptibles d'ouvrir la voie à des occasions d'amélioration importante de la sécurité des patients des SMU n'abondent pas dans la documentation.
- Outre la nécessité de mener des travaux de recherche de qualité, la collaboration accrue entre professionnels est essentielle en tant qu'élément constitutif de l'amélioration de la sécurité des patients en milieu préhospitalier.
- Les experts ont désigné le jugement clinique et la prise de décision comme des questions influant grandement sur la sécurité des patients; 95 % des participants ont jugé ces questions comme très importantes.

Le groupe a aussi noté les répercussions de « l'envergure des projets » sur le rôle des SMU. De plus en plus, le personnel des SMU se trouve coincé entre son rôle traditionnel de « stabilisation

---

[60] Bigham et coll., "Patient safety in emergency medical services: a systematic review of the literature," *Prehospital Emergency Care* 16(1) (2012): 20-35.

[61] Anthony Campeau, "A Space-Control Theory of Paramedic Scene Management" (thèse de doctorat, Université de Toronto, 2007).

[62] ICSP, *La sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence : Promouvoir et harmoniser une culture de sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence (SMU)*, 2009http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/commissionedResearch/patientSafetyinEMS/Documents/Rapport%20Complet%20%20La%20s%c3%a9curit%c3%a9%20des%20patients%20dans%20les%20services%20m%c3%a9dicaux%20d%c2%80%99urgence.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).

et de transport » et un rôle clinique dont la complexité va en grandissant. En présumant que cette tendance s'intensifiera, alors que les processus, les interventions et les technologies des SMU progressent et s'harmonisent de plus en plus avec ceux du secteur de la santé, le groupe a souligné la nécessité d'apporter des changements à la formation du personnel des SMU afin d'améliorer la prise de décisions cliniques et les compétences interprofessionnelles.

Le rapport mentionnait de plus le niveau élevé d'harmonisation entre le personnel des SMU et les médecins sur le plan de la reconnaissance de facteurs importants influant sur la sécurité des patients, comme la prise de décisions cliniques ainsi que « le rôle des SMU et sa relation avec les soins de santé[63] ». Même si, naturellement, les perspectives des deux groupes diffèrent, la convergence des propos recueillis appuie l'idée selon laquelle les ambulanciers paramédicaux et les médecins partagent une approche importante et professionnelle de la prestation des soins médicaux d'urgence préhospitaliers.

Comme la partie 1, la partie 2 de l'analyse de la documentation souligne l'importance d'améliorer la collaboration entre professionnels comme moyen efficace d'assurer la sécurité des patients. En particulier, la partie 2 fait mention d'études qui décrivent le problème de la perte d'information au moment du transfert des patients; elle aborde aussi quelques solutions susceptibles de remédier à ce problème, comme l'utilisation de processus structurés par un personnel adéquat et expérimenté, et l'amélioration de la formation pluridisciplinaire.

La partie 2 décrit en outre le changement d'orientation des SMU dans le contexte du renforcement du champ de pratique des ambulanciers paramédicaux, au Canada et ailleurs dans le monde. Elle cible aussi des études qui décrivent un risque associé et mettent l'accent sur la nécessité de multiplier les pratiques fondées sur des données probantes, de renforcer les compétences des ambulanciers paramédicaux en matière de prise de décision (essentiellement, leur capacité à déterminer la nécessité d'un transport médical) et d'accroître la sécurité des patients. L'analyse de la documentation évoque aussi, sous l'angle des avantages pour le système de santé, une plus grande latitude décisionnelle des ambulanciers paramédicaux et la participation accrue à des activités communautaires de type soin paramédical.

Évaluation du CCRPS : Analyse de la documentation

Les données quantitatives étaient limitées. La partie 1 de l'analyse documentaire ne présente, par exemple, que des données qualitatives sur les risques pour la sécurité des patients examinés dans l'analyse. De même, en raison de distinctions entre les provinces, États ou territoires, les données de certaines études ne sont pas directement transposables à la situation de l'Ontario. Les données applicables indiquent que la gestion des lieux de concert avec la prestation de soins médicaux d'urgence préhospitaliers soulève des défis et des risques qui leur sont propres pour la sécurité des patients. Par exemple, la documentation traite de façon convaincante de la pression continuellement exercée pour délimiter le champ de pratique des ambulanciers paramédicaux et d'un système d'enseignement et de formation dont on craint qu'il ne suive pas le rythme. Elle

---

[63] Idem.

évoque par ailleurs les risques associés au fait que les ambulanciers paramédicaux doivent prendre des décisions tout en dispensant des soins. L'amélioration de la collaboration entre professionnels offre, entre autres sujets, l'occasion d'aborder la sécurité des patients.

Mesures de protection actuelles

Réglementation par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD)

En Ontario, l'autoréglementation vise à protéger le public contre les personnes incompétentes et non qualifiées, ainsi qu'à favoriser un choix éclairé du consommateur par l'intermédiaire d'un système d'énoncés sur le champ de pratique, les actes autorisés, les titres protégés, les normes régissant l'exercice de la profession et les procédures relatives aux plaintes et aux mesures disciplinaires[64].

Comme le fait remarquer le CCRPS dans son rapport sur la réglementation des adjoints au médecin[65], le Department of Health du Royaume-Uni caractérise les aspects du risque qui peuvent être utilisés pour en guider la gestion, notamment[66] :

- que l'acte soit posé par un professionnel de manière autonome ou en tant que membre d'une équipe supervisée pouvant seconder, guider ou surveiller les procédures;
- que l'acte soit posé par un professionnel membre d'une organisation bien gérée qui a mis en place des systèmes d'assurance de gestion pour protéger les patients et le public;
- que l'acte soit posé par un professionnel dont la situation d'emploi est stable et dont les problèmes liés à l'exercice de sa profession peuvent être décelés avec le temps, ou qu'il soit posé par un praticien employé durant de courtes périodes, plus mobile et appelé à travailler en différents endroits, dont la pratique est moins susceptible de faire l'objet d'une surveillance continue;
- la qualité des études et de la formation du praticien qui accomplit l'acte;
- l'expérience du praticien qui exécute l'acte;
- la présence éventuelle de systèmes permettant de s'assurer que les compétences du praticien sont régulièrement et efficacement évaluées et enrichies, et qu'elles reflètent la pratique actuelle.

---

[64] ProfessionsSantéOntario, *Health Human Resources Toolkit*, 1er avril 2007, http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolicymakersResearchers/hhr-toolkit-april-2007-en.pdf (lien consulté le 28 novembre 2013.

[65] CCRPS, *Adjoint, profession de la santé : Examen de la demande des adjoints au médecin relative au Règlement, août 2012.*

[66] Department of Health (United Kingdom), Extending Professional Regulation Working Group, *Extending Professional and Occupational Regulation: the Report of the Working Group on Extending Professional Regulation* (2009), http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_102824 (lien consulté le 28 novembre 2013).

En Ontario, la profession d'ambulancier paramédical est réglementée par la Direction des services de santé d'urgence (DSSU) du MSSLD, en vertu de la *Loi sur les ambulances*. La Loi régit les services d'ambulance ontariens, y compris les prestataires de ces services. Elle énonce les responsabilités de la province (par l'intermédiaire de la DSSU) en ce qui concerne l'administration et l'application de la législation sur la prestation des services d'ambulance, de même que les responsabilités des supramunicipalités et d'autres agents de prestation qui exploitent des services d'ambulance au quotidien[67]. Les critères d'inscription, les exigences d'admissibilité à la profession et les normes de pratique sont définis par la DSSU, en collaboration avec les exploitants des SMU des municipalités et les directeurs médicaux des hôpitaux principaux.

Les ambulanciers paramédicaux sont également supervisés par leur employeur (exploitant des SMU de la municipalité) et le programme de l'hôpital principal de l'Ontario, lequel s'appuie sur les conventions et d'autres processus examinés ci-dessous.

Accès à la profession et actualisation des compétences professionnelles

L'Ontario compte trois niveaux d'accréditation des ambulanciers paramédicaux; chaque niveau s'appuie sur les compétences du niveau précédent et en assume le champ de pratique[68].
Les critères d'accès à la profession et les exigences pour continuer d'exercer sont bien établis. Ainsi, l'exercice de la profession d'ambulancier paramédical, à tous les niveaux, requiert de s'acquitter de plusieurs obligations légales. Même si le MSSLD établit des normes pour les études, l'évaluation, la formation médicale continue (FMC) et l'évaluation continue des compétences des ambulanciers paramédicaux[69], les hôpitaux principaux jouent eux aussi un rôle important en assurant des compétences initiales et continues.

Programmes de formation approuvés

Selon l'OPA, tous les programmes de formation paramédicale offerts en Ontario sont approuvés par le MSSLD[70]. De même, 38 % des programmes offrant une formation d'APPN et 100 % des programmes offrant une formation d'APNA sont accrédités par l'Association médicale canadienne (AMC)[71]. En Ontario et dans d'autres provinces, l'accréditation par l'AMC repose sur le PNCP relatif aux soins paramédicaux, ce qui assure un niveau d'uniformité élevé entre les provinces. L'OPA fait remarquer que la majorité des programmes de formation paramédicale canadiens s'appuient sur le PNCP, même s'ils ne sont pas accrédités par l'AMC[72].

---

[67] *Loi sur les ambulances*, parties III et IV.
[68] Demande de l'OPA, p. 4.
[69] MSSLD, *Regional Base Hospital Performance Agreement*, 2008, Annexe M, 51.
[70] Demande de l'OPA, p. 23.
[71] Idem, p. 25.
[72] Idem, p. 26.

Examen obligatoire

Les ambulanciers paramédicaux sont tenus par la loi de subir un examen provincial exhaustif préparé par le MSSLD – l'examen de préposé aux soins médicaux spécialisés d'urgence (PSMSU) – comme condition préalable à l'exercice de la profession. Un certificat de PSMSU est requis pour exercer en Ontario, et seuls les candidats qui ont récemment terminé un programme de formation en soins ambulanciers paramédicaux ou qui ont complété avec succès le Processus d'équivalence de la formation des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario[73] sont admissibles à l'examen de PSMSU[74]. L'examen est fondé sur les normes de soins de base de maintien des fonctions vitales (normes BLS) et les normes de soins avancés de maintien des fonctions vitales (normes ALS), de même que sur le programme de soins d'urgence préhospitaliers du MSSLD[75,76].

Accréditation

En Ontario, l'accréditation est soumise à deux autres exigences : une offre d'emploi d'un fournisseur municipal de SMU et une accréditation délivrée par le directeur médical de l'hôpital principal auquel l'ambulancier paramédical serait rattaché. Cette accréditation supplémentaire permet aux ambulanciers paramédicaux d'exécuter des actes autorisés lorsqu'ils travaillent chez un fournisseur municipal de SMU. Les ambulanciers paramédicaux qui ne sont pas au service d'un fournisseur de SMU ne peuvent obtenir cette accréditation supplémentaire[77]. La convention entre l'hôpital principal et le MSSLD fait référence au processus d'accréditation de l'établissement. Cette convention valide la formation et les normes de compétences techniques nécessaires à l'accréditation et à la délégation aux PSMU et aux ambulanciers paramédicaux d'actes autorisés spécifiques, approuvés par le Comité consultatif médical provincial (CCMP)[78]. Le MSSLD conserve un droit de regard : là encore, comme précisé dans la convention de performance signée entre le MSSLD et l'hôpital principal, un représentant du MSSLD « peut, à toute heure raisonnable, examiner les résultats de tout programme d'études et processus d'évaluation des compétences offert par l'hôpital principal à tout ambulancier paramédical, de même que la documentation relative au soin des patients et tout autre dossier ou renseignement pertinent sur chaque personne associée à des services ou qui reçoit des services d'un hôpital d'accueil[79]. »

---

[73] Le MSSLD évalue les références des ambulanciers paramédicaux d'autres provinces et territoires désireux d'exercer en Ontario en utilisant le Processus d'équivalence de la formation des ambulanciers paramédicaux.
[74] MSSLD, « Formation et accréditation des ambulanciers paramédicaux. Questions et réponses ».
[75] The MOHLTC *Pre-Hospital Care Syllabus* sets out the theory and the performance skills upon which paramedic candidates will be evaluated. See http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ehs/edu/pdf/pcp_syllabus.pdf, accessed December 4, 2013.
[76] MOHLTC, *Advanced Emergency Medical Care Assistant Examination: Study Guide and Sample Questions* (February 2010), v. 3.5, 1, accessed December 4, 2013, http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ehs/edu/pdf/aemca_study_en.pdf.
[77] Demande de l'OPA, p. 1fn.
[78] MSSLD, *Regional Base Hospital Performance Agreement*, 2008, annexe M, p. 51.
[79] Idem.

Pour conserver leur accréditation, les ambulanciers paramédicaux doivent suivre un processus de renouvellement annuel de l'accréditation encadré par l'hôpital principal auquel ils sont rattachés. L'objectif global du renouvellement de l'accréditation est le même que celui de l'accréditation initiale, à savoir, veiller à l'actualisation des compétences nécessaires pour exercer. Le renouvellement de l'accréditation permet à l'ambulancier paramédical de continuer à exécuter les actes autorisés délégués par le médecin de l'hôpital principal. Le CCRPS a appris que le programme de l'hôpital principal a entrepris un exercice de normalisation de son processus d'accréditation de la formation avant prise de poste et de renouvellement annuel de cette accréditation[80].

Formation médicale continue (FMC)

Les conventions de performance entre le MSSLD et les hôpitaux principaux imposent aussi à ces établissements d'offrir un programme de FMC de manière à actualiser les compétences et la pensée critique des ambulanciers paramédicaux, ainsi qu'à consolider leurs connaissances, conformément aux normes ALS et BLS[81]. Les ambulanciers paramédicaux doivent suivre un nombre préétabli d'heures de FMC par an pour conserver leur accréditation. L'hôpital principal offre les cours cliniques, et le fournisseur municipal de SMU la formation sur le terrain. Le nombre d'heures de cours requis varie selon le niveau de l'ambulancier paramédical. L'OPA signale que les APPN doivent suivre entre 24 et 40 heures de cours, les APNA entre 40 et 80 heures, et les APNS plus de 80 heures[82]. Les hôpitaux principaux ont prévenu qu'un renforcement des exigences minimales annuelles relatives à la FMC sera proposé pour pallier les limites du champ de pratique et de la formation des ambulanciers paramédicaux[83].

Programme de l'hôpital principal

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a désigné huit hôpitaux principaux régionaux (sept de services d'ambulance terrestres et un de services d'ambulance aériens) qui offriront une orientation et des conseils sur certains aspects des soins d'urgence préhospitaliers des services d'ambulance. Chaque hôpital principal est hébergé dans un hôpital d'accueil de sa région et assure la prestation centralisée de son programme. Chacun est responsable de veiller à ce que les soins médicaux préhospitaliers administrés sur son propre territoire répondent aux besoins de la communauté locale; les hôpitaux principaux collaborent entre eux en tant que composantes intégrées à un réseau provincial. Ce programme assure la surveillance des soins médicaux préhospitaliers depuis plus de 30 ans.

Le programme de chaque hôpital principal est pourvu d'une infrastructure où le directeur médical régional offre une orientation et des consultations médicales, des conseils sur l'assurance de la qualité et des questions apparentées, ainsi que la formation et l'accréditation

---

[80] Présentation de l'OBHG au CCRPS, le 12 juin 2013.
[81] MSSLD, *Regional Base Hospital Performance Agreement*, 2008, 1,0: Définitions, p. 2.
[82] Demande de l'OPA, p. 33.
[83] Lettre de l'OBHG au CCRPS, le 7 juillet 2013.

relatives à l'acquisition de compétences en soins avancés[84]. Des politiques et des protocoles sont établis spécialement pour autoriser la délégation de certains actes aux ambulanciers paramédicaux, conformément à la loi, à la réglementation, aux normes, à la politique de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) et aux lignes directrices provinciales. Les politiques et les protocoles sont mis à jour périodiquement afin de refléter les changements apportés par ces sources.

Délégation

La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) est fondée sur un modèle d'actes autorisés qui prend pour hypothèse que certaines procédures médicales comportent un plus grand risque de préjudice que d'autres. Le paragraphe 27(2) de la LPSR énumère 13 procédures qui, si elles ne sont pas exécutées correctement et par un praticien compétent, présentent un niveau de risque élevé. Ces procédures sont appelées « actes autorisés », et le modèle des actes autorisés reconnaît l'existence d'un risque associé à un acte en particulier. En Ontario, les actes autorisés ne peuvent être exécutés que par des professionnels de la santé autorisés. Dans certains cas, ces actes peuvent cependant être délégués à d'autres personnes désignées ou non désignées par la réglementation qui ne sont pas des professionnels de la santé autorisés.

En Ontario, la délégation est un outil courant utilisé par les médecins et certains autres professionnels de la santé désignés par la réglementation pour assurer la prestation efficiente de soins de santé; toutes les parties sont assujetties aux règles de leur organisme de réglementation et des médecins délégataires, par exemple, aux lignes directrices, normes et règlements pertinents de l'OMCO. Souvent, la délégation est pratiquée dans un petit cercle de fournisseurs de soins de santé. À l'heure actuelle, l'exécution d'actes autorisés par délégation est un aspect important de la pratique paramédicale en Ontario. Les pouvoirs délégués à des ambulanciers paramédicaux sont cependant à une toute autre échelle que la délégation des actes autorisés exécutés au quotidien dans les établissements de santé ontariens : dans un hôpital principal, le pouvoir est délégué à tous les ambulanciers paramédicaux par un seul directeur médical régional.

Directives médicales

Pour aider à combler les écarts entre la prise de décision clinique d'un médecin et les réalités de la pratique paramédicale, les directives médicales[85] comportent une série d'étapes décisionnelles précises, sous la forme d'indications et de contre-indications que doivent suivre les ambulanciers paramédicaux. Ces étapes aboutissent à une intervention précise[86]. Les directives médicales sont le moyen par lequel le directeur médical régional délègue l'exercice d'un acte autorisé; elles

---

[84] Le terme « programme de l'hôpital principal » est défini au par. 1(1) de la *Loi sur les ambulances*.
[85] Des directives médicales sont rédigées, des instructions spécialisées de certains professionnels de la santé réglementés détenant un pouvoir d'ordonner (notamment les médecins) qui permettent l'exécution d'un acte autorisé par quelqu'un d'autre. Voir la Federation of Health Regulatory Colleges of Ontario, *An Interprofessional Guide on the Use of Orders, Directives and Delegation for Regulated Health Professionals in Ontario*, http://mdguide.regulatedhealthprofessions.on.ca/orders/what (lien consulté le 5 décembre 2013).
[86] Idem.

constituent une façon par laquelle chaque ambulancier paramédical est autorisé, d'avance, à accomplir des procédures associées à des actes autorisés, sans évaluation directe du médecin[87]. Cette série d'étapes est aussi appelée « services sans surveillance médicale ».

De nombreuses variables doivent être considérées lorsque des directives médicales sont créées ou mises à jour hors du programme de l'hôpital principal. Ce dernier tient compte des facteurs supplémentaires lorsqu'il est question de directives médicales formulées uniquement pour des ambulanciers paramédicaux. Le comité consultatif médical (CCM) des hôpitaux principaux a décrit certaines de ces considérations : l'étendue variable du champ d'exercice des ambulanciers paramédicaux, la fréquence potentielle de l'utilisation du traitement en question, le caractère effractif de l'intervention, la disponibilité des médecins de l'hôpital principal et le soutien concret que peut obtenir de la part des médecins de l'hôpital un ambulancier paramédical qui procède à une intervention[88].

Les ambulanciers ne sont pas censés traiter des patients en marge des directives médicales. Ces directives, qui fixent les limites de la liberté d'action et des connaissances des ambulanciers paramédicaux, indiquent les circonstances dans lesquelles une communication verbale avec un médecin de l'hôpital principal est obligatoire. Voir « Communication verbale avec un médecin » ci-après.

Assouplissement de la délégation

Le processus de délégation entre un directeur médical et un ambulancier paramédical s'est assoupli dans une certaine mesure. Selon la législation, des ambulanciers paramédicaux de différents niveaux peuvent accomplir divers actes autorisés, chaque niveau intégrant le niveau inférieur[89]. La législation autorise aussi les directeurs médicaux à permettre à des ambulanciers paramédicaux de niveau inférieur d'exécuter des actes autorisés autres que ceux de leur niveau[90]. Compte tenu des réalités de la pratique paramédicale, notamment l'ensemble des compétences, la formation et le fait que les médecins soient habilités à déléguer sans autres restrictions à du personnel non paramédical, cette souplesse est nécessaire, tant pour assurer la sécurité des patients que pour optimiser la prestation des soins de santé.

Communication verbale avec un médecin

Les hôpitaux principaux, dans le but d'appuyer les ambulanciers paramédicaux, ont élaboré un système par l'entremise duquel ces derniers sont autorisés à communiquer verbalement avec un médecin des services d'urgence pour discuter avec lui de l'état du patient et décider de l'intervention appropriée[91]. Avec le temps, comme les ambulanciers paramédicaux de la région utilisent régulièrement ce système, certaines interventions deviennent coutumières et sont

---

[87] Idem.
[88] Courriel envoyé au Secrétariat du CCRPS par Rob Burgess, président par intérim et directeur de l'OBHG, le 8 juillet 2013.
[89] Règl. de l'Ont. 257/00, annexes 1, 2 et 3.
[90] Règl. de l'Ont. 257/00, annexes 2 et 3.
[91] Courriel envoyé au Secrétariat du CCRPS par Rob Burgess, président par intérim et directeur de l'OBHG, le 8 juillet 2013.

reconnues comme telles. D'un point de vue historique, et de façon générale, les communications verbales répétitives des années précédentes sont codifiées dans les directives médicales.

Le système de communication verbale avec un médecin est aussi appelé « intervention sous surveillance médicale ». Pour des raisons d'ordre logistique, ce système n'est utilisé que lorsqu'un petit nombre de patients sont transportés, en présence d'interventions inhabituelles et présentant un risque élevé, ou encore lorsque les directives médicales n'abordent pas une situation précise. (Les interventions sans surveillance médicale conviennent davantage aux situations fréquentes et à faible risque, ou lorsqu'il est impossible de prendre rapidement contact avec un médecin de l'hôpital principal.) Le tableau 4 montre le nombre communications verbales avec un médecin (CVM) enregistré en Ontario pendant une période de 12 mois. Durant cette même période (comme précisé au chapitre II), le MSSLD signalait plus de 1,9 million de demandes de services d'ambulance et plus de 900 000 déplacements.

Tableau 4. Nombre de CVM par hôpital principal sur une période de 12 mois*

Hôpital	Nombre de CVM
Ouest	~3 000
Nord-Ouest	202
Sud-Ouest	1 600
Nord-Est	369
Centre-Est	1 729
Est de l'Ontario (RPPEO)	2 378
Sunnybrook	4 994
Orange	5 389

*Nombre total de CVM à l'intérieur du système de services d'ambulance terrestres de l'hôpital principal = 14 271 (39 par jour); nombre total de CVM au sein du système de services d'ambulance aériens = 5 389 (15 par jour).

Les ambulanciers paramédicaux de niveau supérieur possédant des connaissances, une expérience et des compétences avancées font l'objet d'une surveillance plus étroite; l'OPA a cependant fait remarquer que :

> moins le niveau de soins est élevé, plus l'autonomie est grande. Par exemple, la prestation de soins par l'APPN se fait selon des ordres permanents, comme c'est le cas pour presque tous les soins que dispense l'APNA. Seule une petite part des soins qu'il prodigue l'oblige à obtenir du médecin du programme de l'hôpital principal un ordre verbal préalable. S'il n'arrive pas à le joindre, il peut dispenser les soins relevant de son champ de pratique s'il les juge dans l'intérêt du patient. L'APNS dispense les soins les plus complexes. Il communique

régulièrement avec le médecin d'un programme de l'hôpital principal pour obtenir des conseils et des ordres verbaux au besoin[92].

Fournisseurs municipaux de SMU

À l'échelle locale, la prestation concrète de services d'ambulance est assurée par 53 fournisseurs municipaux de SMU. L'Ontario Association of Paramedic Chiefs (OAPC) définit les responsabilités des fournisseurs municipaux de SMU comme suit[93] :

- Établir les mécanismes de gouvernance et la structure organisationnelle propices à la gestion du réseau local d'ambulances.
- Dresser des plans à court et à long terme pour répondre aux besoins de la municipalité.
- Déterminer si les services doivent être fournis directement ou confiés en sous-traitance et, le cas échéant, assurer la gestion des ententes contractuelles avec les sous-traitants.
- Assurer l'approvisionnement des véhicules, l'équipement, les services et l'information nécessaires à la prestation adéquate de services d'ambulance.
- Assurer la formation et la supervision du personnel, l'entretien des véhicules et de l'équipement, ainsi que la prestation d'un programme d'assurance de la qualité.
- Veiller au maintien des niveaux de service et de leur qualité, tout comme au respect des normes de services d'ambulance terrestres imposées par la Loi.

Rôles, responsabilités et collaboration

Les rôles respectifs de la DSSU, des hôpitaux principaux et des fournisseurs municipaux de SMU sont énoncés dans la Loi et mis en pratique. Le MSSLD est responsable de la *Loi sur les ambulances*, et la DSSU de son administration et de son application, y compris de ses directives sur l'assurance de la qualité et de la délivrance des certificats. Les hôpitaux principaux délivrent aussi aux ambulanciers paramédicaux un certificat, en plus de leur déléguer des actes autorisés, de leur offrir des conseils éclairés, d'assurer la qualité des activités paramédicales et de favoriser la formation continue des ambulanciers paramédicaux. Les fournisseurs municipaux de SMU participent à divers aspects de ces activités et s'occupent des questions opérationnelles.

Le système définit les responsabilités, non seulement celles des ambulanciers paramédicaux, mais aussi des partenaires qui assurent une surveillance à différents niveaux. Les hôpitaux principaux, par exemple, agissent à titre consultatif auprès du MSSLD. Chaque hôpital principal s'engage à respecter une convention de performance avec la DSSU, qui énonce les obligations et les responsabilités dont il doit s'acquitter pour aider le MSSLD à garantir la qualité des soins préhospitaliers des services d'ambulance. En plus de l'atteinte de leurs propres objectifs, les hôpitaux principaux s'engagent à épauler le MSSLD dans l'atteinte des objectifs de la DSSU[94].

---

[92] Demande de l'OPA, pp. 18-19.
[93] OAPC, *SMU in Ontario Today*, https://emsontario.ca/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=105&Itemid=57 (lien consulté le 7 novembre 2013.
[94] MSSLD, *Regional Base Hospital Performance Agreement*, 2008, 2.0: Introduction, 5.

Les hôpitaux principaux doivent aussi rendre compte régulièrement d'indicateurs de rendement clés de la surveillance médicale, de l'amélioration continue de la qualité et d'autres résultats attendus[95]. De même, tous les trois ans, la DSSU révise en profondeur le programme de chaque hôpital principal afin d'évaluer s'il s'acquitte des obligations énoncées dans la convention de performance.

Les hôpitaux principaux doivent en outre élaborer un cadre organisationnel qui favorise la collaboration entre les responsables de la surveillance ainsi qu'entre les différents hôpitaux principaux de l'Ontario. La convention de performance impose la création de divers comités panprovinciaux ou régionaux. Certains comités sont mandatés pour faire rapport au MSSLD (c'est le cas du CCM provincial, qui conseille sur des questions médicales et le rôle de l'hôpital principal, et c'est aussi celui du directeur de l'Ontario Base Hospital Group (OBHG), qui offre des conseils sur toutes les questions ayant trait aux soins dispensés par les ambulanciers paramédicaux et émet des recommandations relatives à l'administration des fonctions de direction, aux opérations, au financement et à la prestation de programmes)[96]. D'autres comités ont pour mandat de rendre compte aux responsables du programme de l'hôpital principal (comme le comité consultatif sur la qualité des soins, qui appuie les activités régionales de surveillance de la qualité des soins préhospitaliers des hôpitaux principaux[97]). Tous les comités provinciaux comptent parmi leurs membres des ambulanciers paramédicaux de première ligne (CCM, sous-comité de gestion des données, sous-comité de l'éducation, sous-comité de gestion de la qualité, etc.)[98].

Un « supracomité », le Comité du programme de l'hôpital principal, accepte les rapports rédigés par le comité consultatif sur la qualité des soins et d'autres comités. Lorsqu'il fait rapport au conseil de direction de l'hôpital d'accueil, le comité du programme s'assure que les objectifs clés, la vision et la mission du programme de l'hôpital principal s'accordent avec l'orientation de la ministre, les politiques de l'hôpital d'accueil et les besoins des intervenants du réseau des services médicaux d'urgence[99]. Le comité est composé de représentants du programme de l'hôpital principal, de médecins délégataires, de fournisseurs municipaux de SMU et de représentants d'hôpitaux et de la DSSU. Des représentants du réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de la région peuvent aussi être membres du Comité.

La convention de performance entre la DSSU et chaque hôpital principal précise aussi que l'hôpital principal doit établir une entente distincte avec chacun de ses fournisseurs municipaux de SMU afin de clarifier certains aspects, tels que les responsabilités de l'hôpital en ce qui concerne la délégation d'actes autorisés et son intention de surveiller, d'évaluer et d'améliorer

---

[95] MSSLD, *Regional Base Hospital Performance Agreement*, 2008; lettre de l'OBHG au CCRPS, le 12 juin 2013.
[96] Note de service adressée aux ambulanciers paramédicaux de l'Ontario par le directeur de l'OBHG, le 27 janvier 2011, http://www.lhsc.on.ca/About_Us/Base_Hospital_Program/2011ParamedicRepresentativeRecruitment.pdf (lien consulté le 5 décembre 2013).
[97] Idem.
[98] Idem.
[99] MSSLD, *Regional Base Hospital Performance Agreement*, 2008, Appendix A: Base Hospital Program Committee, Terms of Reference.

les soins administrés aux patients par les ambulanciers paramédicaux par l'intermédiaire d'un programme d'amélioration de la qualité.

Les services d'ambulance dispensés par les municipalités sont également soumis au processus de délivrance de certificat et de vérification de la DSSU, conformément à la réglementation et aux normes. Le programme de la DSSU fait appel à la révision par les pairs, et la DSSU a d'ailleurs expliqué qu'il comporte de nombreuses caractéristiques propres à l'accréditation, à l'inspection et à la vérification de la conformité[100]. Les fournisseurs municipaux de SMU sont tenus de rendre compte des aspects financiers de la prestation des soins d'urgence préhospitaliers au MSSLD. Chaque municipalité soumet un rapport de planification financière, des états financiers vérifiés et un document qui confirme l'utilisation appropriée du financement du MSSLD; d'autres exigences liées à la production de rapports font actuellement l'objet de négociations et devraient être appliquées au début du prochain exercice[101].

Les fournisseurs municipaux de SMU participent aussi à un projet d'envergure provinciale, L'Initiative d'analyse comparative des services municipaux de l'Ontario (IACSM)[102] permettra de comparer entre elles les pratiques exemplaires associées à la prestation de différents services municipaux, notamment certains aspects de la prestation de SMU. Des mesures du rendement (indicateurs) ont été élaborées et sont constamment revues et améliorées de façon à pouvoir comparer le rendement des différents exploitants de SMU. Le rapport de 2012 sur la mesure du rendement publié par l'IACSM regroupe les données obtenues auprès de 13 municipalités sur :

- le nombre d'appels auxquels les SMU ont répondu;
- le temps écoulé entre la réception d'un appel et sa transmission à une unité des SMU;
- le temps écoulé entre la réception d'un appel par une unité des SMU et l'arrivée de cette unité sur les lieux d'intervention;
- le temps que l'ambulance passe à l'hôpital;
- le nombre d'heures de services d'ambulance fournis dans la communauté;
- le coût horaire de la prestation d'un service d'ambulance.

Il n'est pas obligatoire de rendre publiques les diverses ententes entre la DSSU, les hôpitaux principaux et les fournisseurs municipaux de SMU. La municipalité du comté de Bruce a cependant affiché son protocole d'entente (PE) avec l'hôpital principal sur le site Web du London Health Sciences Centre[103]. Ce PE précise que l'une de ses raisons d'être est de fournir un environnement de communication collaboratif et coopératif entre l'hôpital principal et le fournisseur de services[104]; il prévoit aussi un engagement envers l'amélioration continue de la

---

[100] MSSLD, « Direction des services de santé d'urgence. Statistiques ».

[101] Communication personnelle de Leeanne Colvin, coordonnatrice des politiques opérationnelles provinciales et municipales, DSSU du MSSLD, le 13 novembre 2013.

[102] L'IACSM, en normalisant les protocoles de collecte de données et d'indicateurs et ceux de production de rapport, a créer un cadre de travail permettant d'évaluer le rendement municipal d'après un ensemble de 850 mesures. Voir à http://www.ombi.ca.

[103] Memorandum of Understanding between Bruce County Emergency Medical Services and the London Health Sciences Centre Southwest Ontario Regional Base Hospital Program, le 8 novembre 2012, http://www.brucecounty.on.ca/assets/documentmanager/1acedaf78c7e8aa79ed4d1f9872cb726.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).

[104] Idem.

qualité et la pratique fondée sur des données probantes. Dans cette administration, il revient au comité consultatif régional du programme de l'hôpital principal de réviser les politiques et les protocoles de délégation et d'en discuter; le directeur médical régional conserve les pouvoirs et la responsabilité de trancher. Les directeurs médicaux locaux doivent offrir des occasions de communication locale pour assurer la gestion de la planification, l'avancement et l'évaluation des enjeux locaux. Le directeur médical régional doit collaborer avec les directeurs médicaux locaux pour offrir une orientation sur la délégation des actes autorisés, ainsi que sur des questions relatives aux soins des patients, à l'assurance de la qualité (AQ) et à la formation continue des ambulanciers paramédicaux. Les fournisseurs municipaux de SMU sont représentés au sein de ces comités[105].

Le directeur de l'OBHG a fait remarquer que les ambulanciers paramédicaux ont l'obligation de rendre compte au directeur médical de la bonne application des directives médicales, et que le directeur médical doit lui-même rendre compte à l'OMCO de l'application correcte de la législation et des politiques en matière de délégation. La responsabilité des médecins est confirmée par l'obligation qu'à l'hôpital principal de s'assurer que ses médecins seront disponibles pour offrir une supervision médicale en continu (24 h sur 24, 7 jours sur 7)[106]. L'OBHG est d'avis que les révisions et la faible fréquence des problèmes liés aux soins dispensés aux patients de l'hôpital principal témoignent de l'efficacité du système de délégation.

Assurance de la qualité

Dans sa demande de réglementation, l'OPA précise la façon dont les modalités diagnostiques utilisées par les ambulanciers paramédicaux sont énoncées dans les normes de pratique ou dans les lignes directrices sur la pratique qui relèvent du MSSLD et du programme de l'hôpital principal[107]. Le MSSLD publie les normes BLS et ALS; ces normes sont résumées en termes généraux au tableau 5.

Tableau 5. Caractéristiques : Normes de soins de base de maintien des fonctions vitales et normes de soins avancés de maintien des fonctions vitales

Normes BLS	Normes ALS
Définissent les attentes du MSSLD en ce qui concerne les interactions entre les ambulanciers paramédicaux et les patients pendant la période où des soins sont prodigués aux patients à l'intérieur du réseau de soins préhospitaliers.	Décrivent les normes de pratique et les soins dispensés par les ambulanciers paramédicaux en Ontario, conformément au champ d'exercice des ambulanciers paramédicaux des trois niveaux.
Excluent les actes autorisés. Certains actes médicaux sont inclus, comme la pose d'une attelle sur une fracture, le contrôle d'une hémorragie externe ou un accouchement d'urgence.	Incluent les actes autorisés.

[105] Idem.
[106] Idem.
[107] Demande de l'OPA, 5.

Tous les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario sont tenus de dispenser des soins aux patients conformément aux normes et aux procédures établies dans les normes BLS; les APNA et les APNS doivent de plus respecter les normes ALS[108]. Les fournisseurs municipaux de SMU ont l'obligation de s'assurer que les soins prodigués aux patients sont conformes aux normes ALS et BLS[109].

Les hôpitaux principaux ont reçu le mandat de surveiller la qualité des soins dispensés par les services d'ambulance[110]. En utilisant des outils comme les vérifications cliniques, l'analyse des autodéclarations de chaque ambulancier paramédical et les possibilités de formation continue, les hôpitaux principaux assurent l'efficacité de chaque ambulancier paramédical et celle du réseau des soins paramédicaux.

Les vérifications cliniques et les activités de surveillance de normes ALS sont un autre exemple de l'interdépendance des rôles et responsabilités de toutes les parties concernées : la DSSU exige des ambulanciers paramédicaux qu'ils consignent les soins prodigués à chaque patient dans un rapport de sortie d'ambulance[111]. Le fournisseur municipal de SMU met le rapport de sortie et les données cliniques à la disposition des hôpitaux principaux[112]. Pour respecter les clauses de la convention de performance signée avec la DSSU, les hôpitaux principaux passent en revue le rapport de sortie d'ambulance en s'assurant que les interventions décrites sont conformes aux lignes directrices médicales[113]. Les actes à risque élevé sont tous vérifiés (ou presque), alors que les activités à faible risque le sont au prorata de la taille de l'échantillon[114].

Les dossiers de 80 % des nouveaux ambulanciers paramédicaux font l'objet d'une vérification pendant les six premiers mois qui suivent l'obtention de leur certificat; tous les ambulanciers paramédicaux sont soumis au moins cinq fois par an à une vérification de la conformité aux normes ALS[115]. Lorsque des soins administrés à un patient soulèvent un problème, l'hôpital principal discute de la nature du problème avec le fournisseur municipal de SMU et l'ambulancier paramédical[116]. Le MSSLD vérifie chaque année que les ambulanciers paramédicaux et les hôpitaux principaux respectent les protocoles d'actes autorisés ainsi que

---

[108] Règl. de l'Ont. 257/00, al. 11*a) et b)*.
[109] Idem.
[110] *Loi sur les ambulances*, al. 4(2)*d*)
[111] MSSLD, *Service d'ambulance – Normes de documentation*, avril 2000, Partie IV – Exigences relatives aux documents portant sur les patients et les soins aux patients, http://www.ambulance-transition.com/pdf_documents/amb_service_documentation_standards_april2000_fr.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).
[112] Memorandum of Understanding between Bruce County Emergency Medical Services and the London Health Sciences Centre Southwest Ontario Regional Base Hospital Program, le 8 novembre 2012, Section 4. (f) Delegation Under ALS Patient Care Standards, http://www.brucecounty.on.ca/assets/documentmanager/1acedaf78c7c8aa79cd4d1f9872cb726.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).
[113] MSSLD, *Regional Base Hospital Performance Agreement*, 2008.
[114] Présentation de l'OBHG au CCRPS, le 13 juin 2013.
[115] Idem.
[116] Lettre de l'OBHG adressée au CCRPS, le 12 juin 2013.

leurs politiques et procédures de formation et d'exécution d'actes autorisés, afin d'assurer leur conformité aux normes BLS et ALS[117].

Selon l'OBHG, la relation de confiance solidement établie entre les ambulanciers paramédicaux et les médecins délégataires est fondamentale pour assurer la prestation de soins paramédicaux; cette confiance prend sa source dans la confiance mutuelle que sous-entendent la délégation et la pratique d'actes autorisés. Chez les ambulanciers paramédicaux, cette confiance se manifeste dans le suivi attentif des directives médicales ou des avis verbaux directs lorsqu'une directive médicale ne s'applique pas. Chez les médecins de l'hôpital principal, cette confiance est témoignée en rédigeant des directives médicales qui autorisent un large éventail d'interventions ne nécessitant pas leur avis verbal direct[118].

L'OBHG attribue la relation de confiance entre les médecins délégataires et les ambulanciers paramédicaux à un autre processus de l'AQ : l'autodéclaration de l'ambulancier paramédical[119]. Ce processus permet à un ambulancier paramédical qui estime ne pas avoir respecté les normes de soins décrites dans les guides ALS et BLS (nuances d'application des directives médicales, documentation inadéquate, problèmes concernant la CVM, etc.) de rencontrer le médecin concerné pour en discuter. L'autodéclaration est considérée comme une obligation professionnelle; c'est une mesure non punitive qui offre à l'ambulancier paramédical une occasion de parfaire sa formation et sa pratique[120]. Pour les hôpitaux principaux, l'autodéclaration permet de mieux comprendre les causes d'une erreur et, dans le contexte de l'amélioration continue, de peaufiner et de renforcer le système. Cet environnement positif et sécuritaire a été conçu pour encourager le signalement d'erreurs; le programme est mis en œuvre dans le but de préserver la sécurité du patient.

Lorsqu'il existe des preuves que la sécurité du patient est menacée à cause des compétences ou des connaissances lacunaires d'un ambulancier paramédical qui exécute des actes autorisés, il est fréquent que les directeurs médicaux demandent qu'une formation soit dispensée, à l'échelle individuelle ou organisationnelle, pour remédier à ces lacunes[121]. Selon les circonstances, les hôpitaux principaux peuvent aussi mener une enquête sur l'ambulancier paramédical et désactiver[122] ou retirer[123] son accréditation. Selon les normes ALS :

---

[117] MSSLD, *Regional Base Hospital Performance Agreement*, 2008.
[118] Idem.
[119] Idem.
[120] Voir, par exemple, Health Sciences North Centre for Prehospital Care, "Self Reporting memo," avril 2013, https://www.hsnsudbury.ca/portalen/Portals/23/Self%20Reporting_2013.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).
[121] Lettre de l'OBHG adressée au CCRPS, le 7 juillet 2013.
[122] À la page 6-3 de l'annexe 6 des normes ALS, la désactivation est définit comme une mesure de remédiation qui consiste à suspendre temporairement certains privilèges de l'ambulancier paramédical d'exécuter des actes autorisés par le directeur médical de l'hôpital principal. Voir http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ehs/edu/pdf/als_standards.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).
[123] À la page 6-3 de l'annexe 6 des normes ALS, le retrait de l'accréditation est défini comme la évocation des privilèges de l'ambulancier paramédical d'exécuter des autorisés. Voir http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ehs/edu/pdf/als_standards.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).

Le directeur médical de l'hôpital principal peut en tout temps désactiver ou retirer l'accréditation d'un ambulancier médical s'il juge que celui-ci n'en a pas respecté les conditions. Le cas échéant, l'hôpital principal envoie un avis écrit à l'employeur de l'ambulancier paramédical. Lorsqu'il reçoit cet avis, l'employeur doit en aviser immédiatement l'ambulancier paramédical de vive voix. L'ambulancier paramédical dont l'accréditation est désactivée ou retirée ne pourra pas exécuter des actes autorisés.
Les conditions de réactivation et de rétablissement de l'accréditation sont fixées par l'hôpital principal. Ces conditions sont communiquées par écrit à l'ambulancier paramédical.
Le défaut de l'ambulancier paramédical de remplir toutes les conditions du processus de réactivation prescrites, le directeur médical peut ordonner que d'autres mesures de remédiation soient prises ou retirer l'accréditation de l'ambulancier paramédical du programme[124].

Plaintes

Dans sa demande de réglementation, l'OPA fait remarquer que l'« on peut dire que l'ambulancier paramédical "autorisé" est responsable de tous les aspects de sa pratique (clinique, opérationnelle et conduite). Chacun d'eux est soumis à un mécanisme de plainte et d'enquête chapeauté par la DSSU du MSSLD, par les SMU ou par les programmes des hôpitaux principaux »[125].

Le CCRPS n'a pas pu obtenir un ensemble de données complet des plaintes visant la prestation de soins d'urgence préhospitaliers en Ontario. Il a appris que les plaintes étaient en fait gérées par plusieurs autorités, chaque plainte étant soumise à un ou plusieurs partenaires chargés d'exercer une surveillance, selon la nature de la plainte et le rôle du partenaire. Par exemple, les plaintes reçues par chacun des 53 fournisseurs municipaux de SMU ne sont pas regroupées.

Aucune procédure sur la gestion des plaintes et la tenue d'enquêtes n'a été rendue publique. Le CCRPS a néanmoins appris que les trois partenaires de la surveillance avaient, chacun de leur côté et selon leurs rôles et objectifs, mis au point différents outils de gestion des plaintes.

Même si ces partenaires ont des responsabilités législatives distinctes en matière d'enquêtes, il existe un risque de chevauchement dans le processus de gestion des plaintes[126], et les partenaires ont tenté de remédier à ce risque de diverses façons. Le protocole d'entente entre la Corporation municipale du comté de Grey Bruce et son hôpital principal, le London Health Sciences Centre, prévoit par exemple certaines dispositions relatives aux enquêtes. L'une d'elles énonce que la

---

[124] Normes ALS, section 6-1, http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ehs/edu/pdf/als_standards.pdf, (lien consulté le 4 décembre 2013).
[125] Demande de l'OPA, p. 19.
[126] À titre d'exemple, consulter les pages 5 et 6 du *Memorandum of Understanding between Bruce County Emergency Medical Services and the London Health Sciences Centre Southwest Ontario Regional hôpital principal Program* de la municipalité du comté de Bruce, du 8 novembre 2012, dans lequel il est recommandé que les hôpitaux principaux et les fournisseurs municipaux de SMU collaborent dans le cadre des enquêtes pour éviter le chevauchement des efforts, fréquent dans ces situations.
http://www.brucecounty.on.ca/assets/documentmanager/1acedaf78c7c8aa79cd4d1f9872cb726.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).

relation collaborative a pour but d'éviter la duplication des efforts, de faciliter la communication, de renforcer l'à-propos et la rigueur du processus d'enquête, et d'éviter en tout temps d'interférer avec les activités d'enquête de chaque organisme[127].

Dans sa demande de réglementation, l'OPA rappelle que, selon le MSSLD, les résultats d'enquêtes « pouvaient comprendre des mesures correctives visant l'ambulancier paramédical, des accusations selon la *Loi sue les ambulances*, l'analyse des titres et qualités de l'ambulancier paramédical, la réaffectation, le renvoie ou la suspension sans salaire de l'ambulancier paramédical, des accusations et des sanctions disciplinaires selon le *Code criminel* »[128]. La Loi impose à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée le pouvoir et le devoir d'enquêter sur les plaintes liées aux services d'ambulance[129]. Toute plainte directement soumise au MSSLD est acheminée au bureau des enquêtes de la DSSU pour y être traitée.

Selon la Loi, les principes directeurs qui doivent guider les activités de surveillance des fournisseurs municipaux de SMU incluent la prestation de soins paramédicaux conformes aux normes BLS et, pour les ambulanciers paramédicaux en soins critiques, conformes aux normes ALS[130]. Les fournisseurs municipaux de SMU et les ambulanciers paramédicaux sont également tenus de rédiger un rapport d'incident conformément aux *Normes de documentation* du Service d'ambulance de l'Ontario[131]. Ces normes décrivent plusieurs situations nécessitant la rédaction d'un rapport d'incident, y compris des « faits inusités », comme un délai dans l'accès à un patient, la déclaration de décès d'un patient, et toute circonstance entraînant un préjudice pour le patient. Selon les *Normes de documentation*, les rapports d'incident traitant de « faits inusités » doivent être envoyés au bureau régional approprié de la DSSU[132], qui examine la déclaration d'incident pour vérifier s'il y a eu contravention à la *Loi sur les ambulances*. Le cas échéant, la déclaration est acheminée au Service des enquêtes de la DSSU pour y être traitée[133].

Le Service des enquêtes de la DSSU participe aussi au processus lorsqu'un fournisseur municipal de SMU a entrepris une enquête et que le plaignant est insatisfait du résultat. Les fournisseurs municipaux de SMU peuvent aviser le bureau régional ou le Service des enquêtes de la DSSU lorsqu'ils font face à une situation litigieuse. Partant, soit le MSSLD prend alors la direction de l'enquête, soit une enquête est menée conjointement. Les fournisseurs municipaux de SMU doivent aussi remplir une déclaration d'incident lorsqu'ils reçoivent une plainte liée à leurs services et lorsqu'ils doivent mener une enquête sur les services d'un exploitant, mais ils ne sont pas tenus de porter ces déclarations d'incident à la connaissance de la MSSLD[134].

Les ententes entre le MSSLD et les hôpitaux principaux, et celles entre les hôpitaux principaux et les fournisseurs municipaux de SMU précisent aussi les modalités des plaintes. L'entente du comté de Bruce avec l'hôpital principal, par exemple, indique que toutes les plaintes liées aux opérations reçues par l'hôpital principal au sujet du fournisseur municipal de SMU doivent lui

---

[127] Idem.
[128] Demande de l'OPA, page 13.
[129] *Loi sur les ambulances (1990)*, al. 4(1)*e*).
[130] Règl. de l'Ont. 257/00, partie V.
[131] Règl. de l'Ont. 257/00, art. 11.1.
[132] MSSLD, *Service d'ambulance – Normes de documentation*, avril 2000, partie III.
[133] Communication de Mark Hull adressée au Secrétariat du CCRPS, le 24 juin 2013.
[134] MSSLD, *Service d'ambulance – Normes de documentation*, avril 2000, partie III.

être acheminées pour qu'il y donne suite[135]. De même, les plaintes liées à la prestation d'actes autorisés reçues par le fournisseur municipal de SMU doivent être acheminées à l'hôpital principal afin que des mesures soient prises[136].

La convention permet aussi que des enquêtes soient menées conjointement par le fournisseur municipal de SMU et l'hôpital principal. Le fournisseur de SMU peut alors diriger l'enquête, sauf si elle met en évidence une lacune ou un problème lié à l'administration de soins avancés, ou encore si elle concerne la relation de confiance entre le directeur médical et l'ambulancier paramédical[137]. Les conventions entre la DSSU et les hôpitaux principaux précisent que les hôpitaux principaux ont l'obligation de mener (ou de participer à) une enquête sur leurs services si la DSSU le leur demande[138].

Comme mentionné précédemment à la section sur l'assurance de la qualité, les hôpitaux principaux dirigent aussi un programme d'assurance de la qualité des services d'ambulance qui entraîne parfois, pour l'ambulancier paramédical l'obligation de suivre une formation complémentaire, une désactivation ou un retrait de son accréditation, et d'autres mesures disciplinaires. Le système d'hôpital principal reste peu connu, ce qui explique le petit nombre de plaintes directement soumises à l'hôpital principal[139].

Dans sa demande de réglementation, l'OPA mentionne une observation indiquée dans le *Rapportannuel 2005* du vérificateur général de l'Ontario, qui laisse entendre que le nombre de plaintes reçues par les SMU est peut-être beaucoup plus élevé que celui qui est reçu par la DSSU[140]. Dans son rapport, le vérificateur général recommande que le MSSLD et les fournisseurs municipaux de SMU collaborent pour permettre au MSSLD de recevoir toute l'information nécessaire sur les plaintes plus graves qui ont été reçues. Le Ministère a réagi par l'élaboration et la mise en œuvre d'un protocole d'enquête convenant aux deux parties[141]. Plus récemment, ce protocole d'enquête a été remplacé pour reconnaître le rôle d'organisme de réglementation joué par le Ministère, afin de renforcer sa capacité à faire appliquer la *Loi sur les ambulances*[142]. Le nouveau processus donne à présent au MSSLD toute autorité de prendre des décisions lorsqu'il examine des plaintes qui lui sont soumises; il peut ainsi décider s'il mènera enquête et, le cas échéant, s'il le fera seul ou de concert avec le fournisseur municipal de SMU[143].

---

[135] Municipalité du comté de Bruce.
[136] Idem.
[137] Memorandum of Understanding between Bruce County Emergency Medical Services and the London Health Sciences Centre Southwest Ontario Regional Base Hospital Program, le 8 novembre 2012, http://www.brucecounty.on.ca/assets/documentmanager/1acedaf78c7c8aa79ed4d1f9872cb726.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).
[138] MSSLD, *Regional Base Hospital Performance Agreement*, 2008, 3.0: Host Hospital Requirements, 6.
[139] Communication personnelle de Rob Burgess, président par intérim et directeur de l'OBHG, adressée au CCRPS le 20 septembre 2013.
[140] Demande de l'OPA, p. 13.
[141] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel 2005*, p. 66, http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr05/302fr05.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).
[142] Communication personnelle de Mark Hull, directeur principal de la DSSU, avec le Secrétariat du CCRPS, le 8 novembre 2013.
[143] Idem.

Enquête supplémentaire de l'OMCO

Comme un grand nombre de tâches exécutées par les ambulanciers paramédicaux sont déléguées par un médecin d'un hôpital principal, et pour mieux comprendre le risque de préjudice, le CCRPS a demandé à l'OMCO de lui fournir des renseignements sur les plaintes faisant intervenir des médecins et la délégation d'actes autorisés aux ambulanciers paramédicaux. L'OMCO a déclaré, pour la période de 2006 à 2010, n'avoir mené aucune enquête liée à la délégation d'actes autorisés à des ambulanciers paramédicaux[144]. Cela dit, et bien qu'aucune enquête n'ait été menée à ce propos, l'OMCO est au courant d'un problème impliquant un membre du personnel d'une entreprise de transport médical non urgent qui offre des services de premiers soins dans le cadre d'événements spéciaux (voir la section « Soins non urgents » pour en savoir plus sur ce secteur)[145]. De 2010 à 2013, le Comité des enquêtes, des plaintes et des rapports de l'OMCO a étudié 28 cas liés à la politique de délégation de l'Ordre; aucun de ces cas ne portait sur des ambulanciers paramédicaux[146].

Évaluation du CCRPS : Mesures de protection actuelles

Le CCRPS a effectué une autre recherche pour évaluer les fondements de la demande de réglementation de l'OPA, soit le manque de cohérence du régime actuel et son incapacité à pleinement protéger le public et, par conséquent, la nécessité de transformer le système de réglementation (qui ne régit pas les services de transports non urgents ni les professionnels de la santé qui ne travaillent pas chez des exploitants de SMU) afin de remédier à sa « complexité » actuelle et de faire en sorte que le système de soins de santé fasse des économies[147].

Dans sa demande de réglementation, l'OPA attire l'attention sur le manque de responsabilité publique du modèle actuel de délégation, lequel « repose sur des critères uniquement précisés dans les ententes de performance conclues entre le MSSLD et les programmes des hôpitaux principaux d'un côté, et entre les SMU et ces mêmes programmes de l'autre. Ces ententes n'étant pas rendues publiques, les critères de la réglementation ne sont pas transparents »[148]. Le CCRPS aborde les éléments de ces ententes dans le présent rapport. De même les constatations de l'OPA concernant l'opacité du système ont été appuyées par des commentaires formulés lors de la période de consultation. L'Association des paramédics du Canada (APC) a fait remarquer que le public est peu sensibilisé, ne serait-ce qu'à l'existence des programmes des hôpitaux principaux, et encore moins au rôle qu'ils jouent dans la réglementation de la profession d'ambulancier

---

[144] Lettre de l'OMCO adressée à Tom Corcoran, président du CCRPS, le 1er novembre 2013.
[145] Idem.
[146] Idem.
[147] Demande de l'OPA, p. 3.
[148] Demande de l'OPA, p. 21.

paramédical en Ontario[149]. L'APC mentionne aussi l'accès restreint du public à cette discipline et à d'autres démarches réglementaires, ce qui, de l'avis de l'APC, est contraire à l'intérêt public[150]. Même si rien n'indique que le processus de délégation et d'autres éléments du système de surveillance contribuent de façon importante à accroître le risque de préjudice aux patients, le CCRPS reconnaît qu'une plus grande transparence renforcerait le système en assurant une certaine cohérence, en favorisant l'équité procédurale pour les ambulanciers paramédicaux, ainsi qu'en améliorant la connaissance et la compréhension qu'a le public du programme de l'hôpital principal.

En dépit de sa complexité, le système de surveillance actuel incite les hôpitaux principaux, la DSSU et les exploitants municipaux des SMU à collaborer, à s'épauler et à communiquer, et ainsi faire en sorte que chaque partenaire puisse s'acquitter de toutes ses obligations. Ces liens contribuent aussi à renforcer la surveillance du milieu paramédical. Cela dit, et si l'on met de côté les obligations de rendre des comptes sur les aspects financiers de la prestation des services d'ambulance, le CCRPS ignore si des conventions de performance fondées sur d'autres paramètres ont été conclues entre les fournisseurs municipaux de SMU et la DSSU. La promotion de l'harmonisation directe entre le MSSLD et les fournisseurs municipaux de SMU appuierait également le système de surveillance.

La surveillance de la conformité aux normes BLS incombe en général au fournisseur municipal de SMU[151]. Comme certains éléments des normes BLS recoupent la prestation de soins médicaux (mais non la pratique d'actes autorisés), la surveillance présente une faille potentielle, même si rien n'indique que cette faille potentielle contribue substantiellement à accroître le risque de porter préjudice aux patients. Le directeur de l'OBHG a laissé entendre que la sécurité publique serait renforcée si la surveillance de tous les soins dispensés par des ambulanciers paramédicaux était confiée aux hôpitaux principaux[152]. Parmi les options, la reformulation des normes ALS et BLS permettrait de s'assurer que la surveillance du personnel relève des municipalités et que tous les éléments médicaux et thérapeutiques associés relèvent des hôpitaux principaux.

L'OPA a établi un code de déontologie pour la profession[153]. L'institution d'un code de déontologie auquel tous les ambulanciers paramédicaux de la province se conformeraient bénéficierait autant aux ambulanciers paramédicaux, en faisant évoluer la profession, qu'au public, en accentuant la responsabilisation des ambulanciers paramédicaux. La profession semble être bien préparée à ce genre d'évolution structurelle.

Comme pour d'autres aspects du système de prestation de soins paramédicaux, le processus de plaintes est un exercice coordonné auquel participent de multiples partenaires à différents niveaux. Malgré l'opacité et la complexité du processus de plaintes, comme l'a initialement décrit l'OPA (jugement de surcroît appuyé par certains intervenants et confirmé par la

---

[149] Commentaires soumis par l'APC pendant la période de consultation, http://hprac.org/en/projects/resources/PartIIConsultationResultsOtherFormat.pdf (lien consulté le 11 décembre 2013).
[150] Idem.
[151] Lettre de l'OBHG adressée au CCRPS, le 12 juin 2013.
[152] Idem.
[153] Demande de l'OPA, p. 64.

recherche), le CCRPS n'a trouvé aucune preuve indiquant que le système de plaintes actuel présente un risque de préjudice aux patients.

Les partenaires de la surveillance semblent actuellement user d'une grande diligence dans le suivi des plaintes. Cependant, sur le plan des pratiques exemplaires, le CCRPS est d'avis qu'il serait souhaitable de réviser et de normaliser jusqu'à un certain point le processus de plaintes, de manière que les ambulanciers paramédicaux de la province et les plaignants aient accès à des procédures équitables, et pour continuer d'appuyer les constatations du vérificateur général de l'Ontario[154]. Dans un premier temps, la constitution d'un bureau centralisé des plaintes, par la nomination et l'entrée en fonction d'un unique gestionnaire des plaintes, assurerait une certitude accrue et permettrait l'exploration de données. En tant qu'autorité principale, le MSSLD s'appuierait sur son processus actuel d'examen des plaintes et l'étendrait à toutes les plaintes reçues à l'intérieur du système de soins d'urgence préhospitaliers; les plaintes seraient réparties entre les partenaires de la surveillance concernés, afin d'être traitées au moyen d'un arbre décisionnel ou d'un autre outil normalisé. En outre, comme l'organisation des services paramédicaux relève des municipalités, et étant donné que chaque fournisseur municipal de SMU élabore son propre processus de traitement des plaintes[155], il serait également avantageux de normaliser les processus qui suivent les municipalités. Il doit en être de même des enquêtes, qui doivent conduire à des résultats prévisibles, peu importe où elles sont menées dans la province. L'intention sous-jacente à l'initiative de l'IACSM appuie l'harmonisation accrue des processus des municipalités. Les processus les plus utiles, et les données d'une qualité optimale, sont le fruit de systèmes nécessitant la participation de toutes les municipalités.

Le système de traitement des plaintes pourrait aussi être amélioré en palliant certaines lacunes en matière de signalement. En effet, bien que les fournisseurs municipaux de SMU soumettent des déclarations d'incident au MSSLD lorsque celles-ci traitent de « faits inusités », et qu'au moins quelques municipalités font rapport au MSSLD de chaque plainte reçue[156], ils n'ont aucune *obligation* de rendre compte au MSSLD des déclarations d'incident traitant de plaintes à l'égard des services qu'ils offrent ou des enquêtes qu'ils mènent sur les services d'un exploitant[157]. L'obligation pour tous les fournisseurs municipaux de SMU de transmettre *toutes* les déclarations d'incident au MSSLD viendrait pallier le manque de cohérence et de certitude, en permettant ultimement au MSSLD d'avoir une compréhension approfondie enviable de la « santé » du système et de disposer de renseignements détaillés sur les événements négatifs et sur le rendement de chaque fournisseur municipal de SMU.

Les hôpitaux principaux doivent poursuivre leurs exercices de normalisation en vue d'assurer l'uniformité des processus de traitement des plaintes à l'échelle de la province. Quant aux affaires non liées à des plaintes, les hôpitaux principaux doivent poursuivre leurs efforts d'harmonisation à l'échelle provinciale. Le Centre de soins préhospitaliers d'Horizon Santé-Nord offre par exemple un programme de formation médicale continue (FMC) qui réunit les composantes nécessaires au maintien de l'accréditation et des activités d'éducation obligatoires

---

[154] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel 2005*, p. 66.
[155] Lettre de l'OAPC au CCRPS, le 10 octobre 2013.
[156] Communication personnelle entre le Secrétariat du CCRPS et Larry MacKay, chef par intérim, Normes professionnelles, Services médicaux d'urgence de Toronto, le 19 septembre 2013.
[157] MSSLD, *Service d'ambulance – Normes de documentation*, avril 2000, partie III.

et optionnelles[158]. Pourtant, il est mentionné dans la demande de réglementation que les programmes de formation sont généralement axés sur le maintien des compétences, plutôt que sur le perfectionnement professionnel[159]. L'harmonisation accrue de la FMC offerte par les hôpitaux principaux pourrait avoir des retombées positives en permettant à tous les ambulanciers paramédicaux d'avoir accès à des activités de perfectionnement professionnel améliorées. Comme l'a fait observer l'Ontario Medical Association (OMA) dans le cadre des consultations, un processus d'accréditation uniformisé entre les hôpitaux principaux assurerait une plus grande mobilité aux ambulanciers paramédicaux[160]. En outre, et dans la mesure du possible, il serait préférable que les processus de surveillance soient encadrés par la loi.

Dans sa demande d'autoréglementation, l'OPA indique également que le régime de surveillance des ambulanciers paramédicaux qui dispensent des soins par l'intermédiaire du service d'ambulance est « très réglementé[161] ». Les recherches du CCRPS lui permettent de confirmer que le risque de préjudice inhérent à la prestation de services paramédicaux est implicitement reconnu et pris en charge par le régime de surveillance actuel, et que la démarche à paliers multiples et nuancée est semblable (par sa structure, sinon par sa nature) à certains programmes de protection publique administrés par des ordres qui s'autoréglement. Comme mentionné précédemment, l'un des objectifs de l'autoréglementation est de permettre aux consommateurs de faire des choix éclairés. Cependant, la nature et le contexte de la prestation des soins paramédicaux sont ce qu'ils sont : les patients requièrent des soins d'urgence et les ambulanciers paramédicaux répondent aux appels d'urgence, et dans ce contexte, le choix du consommateur n'est pas un critère pour les patients, comme c'est habituellement le cas pour la prestation de soins de santé dans la province.

Pratique indépendante d'actes autorisés

Dans sa demande d'autoréglementation, l'OPA propose que les actes autorisés ne soient plus exécutés sur délégation des directeurs médicaux de programmes d'hôpitaux principaux. Les ambulanciers paramédicaux membres de l'Ordre seraient habilités à exécuter les sept actes autorisés prévus qui font déjà partie de leur champ de pratique, sauf que la prestation des actes autorisés n'exigerait plus l'autorisation du directeur médical d'un hôpital principal[162].

Dans une lettre ultérieure, l'OPA a fourni des précisions sur l'application concrète de sa proposition : les ambulanciers paramédicaux exécuteraient des actes autorisés correspondant à leur niveau de formation, tel qu'il serait déterminé par un comité de transition et précisé dans la

---

[158] Centre de soins préhospitaliers Horizon Santé-Nord, Continuing Medical Education, note de service publiée le 10 juin 2009 (révisée en juin 2013), http://www.hsnsudbury.ca/portalen/Portals/23/Continuing%20Medical%20Education_2013.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).

[159] Demande de l'OPA, p. 33.

[160] Demande de l'OPA, http://www.hprac.org/en/projects/resources/PartIIConsultationResultsOtherFormat.pdf (lien consulté le 18 novembre 2013).

[161] Idem, p. 19.

[162] Demande de l'OPA, p. 33.

réglementation, et conformément à un ensemble de protocoles clairement définis[163]. L'OPA a fait remarquer que d'autres professions de la santé, comme celle des praticiens en soins d'urgence, pourraient contribuer à l'élargissement des champs de pratique des ambulanciers paramédicaux, mais autrement que par la délégation d'actes autorisés[164]. L'OPA appuie ses propos, en mentionnant par exemple le volet de la réglementation des professions d'infirmier (ères) autorisé(e)s (IA) et d'infirmier(ère)s auxiliaires autorisé(e)s (IAA), qui régit l'accès de ces professions à la pratique d'actes autorisés.

Les infirmières et infirmiers autorisés (IA), comme les infirmières et les infirmiers auxiliaires(IAA), sont habilités à exécuter trois actes autorisés[165]. Ils ne peuvent exécuter une procédure comprise dans ces trois actes autorisés que s'ils y sont habilités par les règlements pris en application de la *Loi de 1991 sur les infirmières et les infirmiers*, et que cette procédure est conforme à la réglementation, ou encore exécutée sur l'ordre d'un médecin, d'un dentiste, d'un podologue, d'une sage-femme ou d'un(e) infirmier(ère) praticien(ne) (IP)[166]. La Loi permet aux infirmières et infirmiers qui satisfont à certains critères de décider de leur propre chef qu'une intervention donnée (définie dans les lignes directrices sur la pratique) est nécessaire, et de l'effectuer, même en l'absence d'une ordonnance ou d'une directive d'un médecin[167].

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) a rédigé un ouvrage de référence à l'intention de ses membres afin qu'ils aient une pleine compréhension des rôles et des responsabilités associés aux actes autorisés pratiqués de leur propre chef (sans autorisation)[168]. Par exemple, l'OIIO explique que toute « intervention effectuée indépendamment » suppose la démarche suivante : « évaluer le client et cerner le problème, étudier toutes les solutions possibles, peser le pour et le contre de chaque solution (...), établir un plan d'action, puis accepter l'entière responsabilité de sa décision et s'assurer que toutes les conséquences possibles de l'intervention sont bien gérées[169] ». L'OIIO énonce clairement les critères qui doivent être satisfaits par les infirmier(ère)s pour que cette démarche soit sécuritaire, comme posséder « les connaissances, les compétences et le jugement requis pour pouvoir effectuer l'intervention conformément aux normes de sécurité et de déontologie »[170].

L'OIIO énumère les interventions qui peuvent être effectuées par des IA (les interventions que les IAA sont autorisés à pratiquer sont énumérées séparément, et plus limitées que celles qui sont autorisées aux IA) :

1. Soigner une plaie par les moyens suivants : nettoyer, tremper, irriguer, explorer à la sonde, débrider, bourrer ou panser;

---

[163] Lettre de l'OPA adressée au CCRPS, le 20 août 2013.
[164] Idem.
[165] *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*, L.O. 1991, chap. 32, art. 4. À compter du 1er janvier 2014, les IA et les IAA seront habilités à pratiquer quatre actes autorisés, conformément aux dispositions de la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*.
[166] Idem, al. 5(1)*b*).
[167] OIIO, Ouvrage de référence, Lois et règlements, *LPSR : champ d'application et actes autorisés*, 2011, http://www.cno.org/Global/docs/policy/51052_RHPA-B.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).
[168] Idem.
[169] Idem, p. 4-5.
[170] Idem, p. 5.

2. Établir un accès intraveineux (IV) en prévision d'un traitement sur le point d'être prescrit, lorsque tout retard dans l'établissement de l'accès IV est susceptible de porter préjudice au client (l'intervention autorisée consiste à effectuer la ponction, non à administrer le soluté comme traitement ni à préciser la composition et le débit du soluté);
3. Intervenir auprès d'un client dans le but de l'aider, lorsque cela nécessite l'introduction d'un instrument au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales, au-delà du larynx ou au-delà du méat urinaire;
4. Intervenir auprès d'un client dans le but de l'évaluer ou de l'aider, lorsque cela nécessite l'introduction d'un instrument ou d'un doigt au-delà des marges de l'anus ou dans une ouverture artificielle du corps, ou encore l'introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt au-delà des grandes lèvres.

L'OIIO précise que l'exécution indépendante d'interventions nécessitant l'introduction d'un instrument ou d'un doigt dans un orifice du corps ou dans une ouverture artificielle dans le corps n'est autorisée que dans le but d'évaluer ou d'aider un client. Les IA ne peuvent pas effectuer les interventions décrites ci-dessus dans le but de traiter un problème de santé. Ils doivent en outre s'en tenir aux activités qui ne nécessitent pas l'administration de médicaments sur ordonnance, puisqu'ils ne sont pas autorisés à prescrire des médicaments.

Dans ses lignes directrices sur la pratique, l'OIIO souligne qu'« il faut un jugement plus aiguisé et une gamme différente et plus large de connaissances et de compétences pour effectuer une intervention de son propre chef qu'il n'en faut pour l'exécuter. Ainsi, il est conseillé à l'infirmière qui envisage d'effectuer de son propre chef une intervention de préciser avec son employeur son champ de responsabilités au sein de l'équipe soignante[171]. »

Le CCM des hôpitaux principaux a également mis en garde contre le fait que l'on ne peut pas considérer comme équivalente à une pratique indépendante l'intervention d'un ambulancier paramédical qui dispense des soins sans demander l'avis d'un médecin, car les hôpitaux principaux, dans le cadre de leur démarche d'assurance de la qualité, procèdent à des vérifications rigoureuses des dossiers des interventions ayant nécessité des actes autorisés. Le fait qu'il soit inhabituel que l'avis du médecin d'un hôpital principal soit sollicité et que les directives médicales établies par les services d'ambulance terrestres varient peu ne doit pas être assimilé à une aptitude des ambulanciers paramédicaux à exercer indépendamment de la supervision d'un médecin[172].

Pendant la période de consultation, plusieurs intervenants ont mentionné le peu d'enthousiasme démontré à l'égard de la proposition de l'OPA d'habiliter les ambulanciers paramédicaux à exécuter des actes autorisés à l'intérieur d'un modèle d'autoréglementation. L'OBHG a par exemple observé que l'exécution d'actes autorisés sans délégation requiert un jugement critique et des connaissances bien plus vastes que celles que donnent les deux années de formation préparatoire à l'exercice de la profession d'ambulancier paramédical dans un collège communautaire. Il a également souligné qu'aucune autre profession en Ontario n'assume de responsabilités aussi vastes sans s'appuyer sur une formation initiale ou une délégation plus

---

[171] Idem, p. 5.
[172] Courriel envoyé au Secrétariat du CCRPS par Rob Burgess, président par intérim et directeur de l'OBHG, le 8 juillet 2013.

substantielle. L'analyse documentaire du CCRPS fait ressortir toute la complexité de la prestation de soins en milieu préhospitalier. Elle témoigne aussi des incertitudes quant à la façon dont certains aspects de la « gestion des lieux » inhérents à la pratique paramédicale en Ontario pourraient nuire à la capacité d'un ambulancier paramédical à effectuer en toute sécurité une intervention de son propre chef.

Évaluation du CCRPS : Pratique indépendante d'actes autorisés

Dans ses lignes directrices sur la pratique, l'OIIO invite les infirmiers(ères) à faire preuve de prudence en ce qui concerne la pratique indépendante d'actes autorisés et désigne un nombre limité d'interventions comprises dans ces actes autorisés pouvant être effectuées indépendamment par un(e) infirmier(ère). On ignore dans quelle mesure le réseau actuel de directives médicales et de soutien des ambulanciers paramédicaux transposerait dans la pratique des lignes directrices comme celles préparées à l'intention des infimier(ère)s de l'Ontario. On ne sait pas non plus si les réalités de la pratique paramédicale, en particulier des niveaux de soins avancés et spécialisés, se prêteraient à une approche semblable à celle de l'OIIO. Des intervenants clés ont établi une distinction entre les compétences requises pour effectuer une intervention, selon qu'elle est effectuée sur ordonnance ou à l'initiative du soignant. La demande de réglementation et la correspondance subséquente ne précisaient pas clairement en quoi la pratique indépendante d'actes autorisés par des ambulanciers paramédicaux servirait l'intérêt public.

Soins non urgents

Entre autres aspects, l'OPA explique aussi, comme argument fondamental en faveur de l'autoréglementation, la nécessité d'inclure les « ambulanciers paramédicaux qui exercent hors du cadre des SMU[173] ». Dans sa demande, l'OPA décrit les « ambulanciers paramédicaux autorisés » comme des ambulanciers paramédicaux qui travaillent chez un fournisseur municipal de SMU et qui sont autorisés par le directeur médical de programme d'un hôpital principal à exécuter des actes autorisés, et les « ambulanciers paramédicaux non autorisés » comme des ambulanciers paramédicaux qui ne travaillent pas chez un fournisseur municipal de SMU et qui ne sont pas habilités à exécuter des actes autorisés[174]. L'OPA considère en outre les ambulanciers paramédicaux non autorisés comme des employé(e)s d'entreprises de services non ambulanciers et non paramédicaux ayant pour activité le transport non urgent de patients[175] ou la

---

[173] Demande de l'OPA, p. 3.
[174] Demande de l'OPA, p. 46.
[175] Ces entreprises sont la plupart du temps exploitées par des ambulanciers paramédicaux qui emploient un personnel diversifié, dont des ambulanciers paramédicaux et des profanes ayant une formation en secourisme. Certains transferts de patients sont effectués en présence d'un(e) infirmier(ère) qui escorte le patient d'un hôpital à l'autre, tandis que d'autres transferts se font sans escorte. Lettre de l'OPA au CCRPS, le 14 juin 2013, p. 3.

prestation de services médicaux à l'occasion d'événements spéciaux[176] et dans certains secteurs[177].

Les services de transport médical non urgent sont assurés par des entreprises privées qui transfèrent chaque année des centaines de milliers de patients dans un état « non critique » des hôpitaux de l'Ontario à d'autres emplacements. Certains de ces véhicules sont équipés pour accueillir des civières et ressemblent à s'y méprendre à des ambulances. Les uniformes du personnel du transport médical non urgent évoquent aussi ceux du personnel des services d'ambulance traditionnels. Le logo de ces entreprises ou leur marque peut également renforcer cette impression. Il subsiste néanmoins des différences de taille entre les services d'ambulance offerts par les municipalités et ceux qui sont offerts par le secteur du transport médical non urgent.

Le secteur du transport médical non urgent est défini dans une mesure législative qui ne relève pas du MSSLD, mais du ministère des Transports. Le *Code de la route* (le Code) établit une distinction entre les services de transport médical non urgent et les services d'ambulance offerts par les municipalités. Le « service de transport médical » est défini dans le Code comme « service désigné par le ministre pour le transport du public, principalement à des fins médicales, à l'intérieur, à destination ou en provenance d'une municipalité, à l'exclusion d'un service d'ambulance à l'égard duquel un permis a été délivré aux termes de la *Loi sur les ambulances* »[178]. Les véhicules de transport médical non urgent ne transportent que des passagers dont l'état est stable, y compris ceux de type ambulance. (Dans certains cas, des passagers dont l'état est stable, mais qui ne peuvent pas voyager en position assise, doivent être transportés sur une civière, dans un véhicule adapté qui n'est pas une ambulance.)

En général, les services de transport médical non urgent ciblent des populations de patients différentes de celles des services d'ambulance. La *Loi sur les ambulances*, qui est appliquée par le MSSLD, définit le terme « ambulance » comme un véhicule servant à « transporter des personnes qui (...) ont souffert d'un trauma ou de l'apparition brutale d'une maladie » ou des personnes dont « l'état de santé est instable et qui ont besoin, lorsqu'elles sont transportées, des soins d'un médecin, d'une infirmière ou d'un infirmier, d'un autre fournisseur de soins de santé, d'un ambulancier ou d'un auxiliaire médical, et d'une civière »[179].

Les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario sont habilités à exécuter des actes autorisés dans des situations d'urgence. En revanche, le personnel des services de transport médical non urgent prend en charge des personnes dont l'état de santé est stable et n'est pas habilité à exécuter des actes autorisés.

---

[176] Ces entreprises fournissent des soins paramédicaux de niveau primaire ou avancé dans le cadre de certains événements (spectacles, événements sportifs, plateaux de tournage, etc.). Lettre de l'OPA adressée au CCRPS, le 14 juin 2013, 3.

[177] Il s'agit en général de grandes entreprises où les employé(e)s présentent un risque élevé de blessure. Cette clientèle regroupe des constructeurs d'automobiles et des sociétés pétrolières, gazières, minières, etc. Malheureusement, le personnel des RH des sociétés avec lesquelles nous avons pris contact était soit réticent à discuter du nombre d'ambulanciers paramédicaux ou du niveau de soins qu'ils dispensaient, ou ne nous a pas rappelés. Lettre de l'OPA adressée au CCRPS, le 14 juin 2013, 3.

[178] *Code de la route*, L.R.O. 1990, chap. 8, art. 191.5.

[179] *Loi sur les ambulances*, par. 1(1).

Comme ils desservent une clientèle différente, les véhicules de type ambulance et autres véhicules du secteur du transport médical non urgent ne sont pas équipés comme ceux d'une ambulance. Certains membres du personnel des services de transport non urgent peuvent avoir une formation en soins paramédicaux, mais des compétences en soins paramédicaux ne sont généralement pas *requises*, compte tenu des activités et de la clientèle des services de transport médical non urgent. Dans le RLISS du Sud-Ouest[180], on exige du personnel des services de transport médical non urgent de niveau supérieur qu'il soit titulaire d'un certificat de premier répondant[181].

Le RLISS du Sud-Ouest a entrepris un processus de normalisation de l'approvisionnement en services de transport médical non urgent dans l'ensemble du réseau, afin de réaliser des économies d'échelle et d'assurer une application uniforme des normes, tant sur le plan de l'attribution et de la gestion des contrats que sur celui de leur surveillance[182]. Au cours des dernières années, les SMU des municipalités de la province se sont recentrés sur le mandat principal consistant à répondre aux appels d'urgence, une décision qui a miné leur capacité à offrir des services de transport médical non urgent. Le projet du RLISS du Sud-Ouest fait face à cette réalité[183]. Une entente de service de cinq ans entre le RLISS et Voyageur Patient Transfer Services Inc. (le fournisseur de services de transport médical non urgent) a pris effet le 1er juin 2013[184]. Le projet intègre des guides de décision normalisés à l'usage du personnel des hôpitaux qui doivent organiser le transport d'un patient. Les guides de décision permettent de s'assurer que les moyens de transport les plus appropriés sont en tout temps demandés pour les patients. Pour le transport médical non urgent, le personnel doit s'assurer que l'état du patient n'est pas critique et qu'il y a peu de risque que cela change. Autrement, si un patient est gravement malade ou si son état de santé est instable, le personnel de l'hôpital réquisitionne une ambulance traditionnelle des SMU.

Selon l'entente conclue[185], les exigences relatives à la formation du personnel des services de transport médical non urgent varient selon le type de véhicule (avec civière ou accès pour fauteuil roulant et taxi); le personnel des véhicules équipés d'une civière doit avoir le niveau de formation supérieur requis (détenir un certificat de premier répondant). Toujours selon cette entente, Voyageur doit offrir à son personnel l'instruction et la formation nécessaires à la prestation des services. La formation de premier répondant dispensée par l'entreprise porte sur

---

[180] L'une des quatorze entreprises à but non lucratif de la province. Le RLISSS est responsable de la planification, de l'intégration et du financement des services de santé locaux. Le réseau administre les services de santé dispensés dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les centres de santé communautaires, les services de soutien communautaires et les organismes de santé mentale.

[181] Healthcare Materials Management Services, *Service Agreement, Voyageur Patient Transfer Services Inc.*, Schedule 4: Mandatory Quality and Safety Standards, 2013.

[182] RLISS du Sud-Ouest, *Non-Urgent Patient Transportation Project South West RLISS, Project Charter*, le 30 mars 2011, http://www.southwestlhin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Committees/Patient_Access_and_Flow/20110330%20-%20Project%20Charter%20-%20summary%20for%20general%20use.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).

[183] Non-Emergency Transport (NET), "What You Need to Know!" Présentation électronique, p. 3, http://www.southwestlhin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Committees/Patient_Access_and_Flow/NET%20in%20PDF%202013%2007.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013.

[184] Healthcare Materials Management Services, Schedule 4: Mandatory Quality and Safety Standards, 2013.

[185] Idem.

des techniques de secourisme avancées (p. ex. comment assurer le maintien des fonctions vitales et prévenir les blessures ou l'aggravation des blessures jusqu'à l'arrivée du personnel médical spécialisé). Le cours dure une semaine et les participants doivent avoir obtenu au préalable un certificat de réanimation cardiorespiratoire (RCR). La formation sur l'utilisation sécuritaire d'oxygène et l'aide aux soins d'hygiène (entre autres activités, savoir vider un sac de cathéter), ainsi que 12 années de scolarité sont aussi des conditions préalables à la formation. De même, le personnel des véhicules équipés de civière ou d'un accès pour fauteuil roulant doit se soumettre à une vérification annuelle des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables et d'une vérification de l'existence d'un casier judiciaire.

L'ombudsman de l'Ontario a mené une enquête sur le secteur des services de transport médical non urgent et le rôle de protection du public du ministère des Transports et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée[186]. Selon le *Rapport annuel 2011-2012* de l'ombudsman, la mise en place de normes est réclamée dans deux enquêtes de coroner et un rapport du vérificateur général (datant de 1995)[187]. En réaction au rapport de l'ombudsman, le gouvernement de l'Ontario a annoncé qu'il « est d'accord avec ce dernier pour affirmer qu'il est important de réglementer l'industrie de manière complète et efficace, et ce, le plus rapidement possible. Le gouvernement prévoit de présenter, dans les plus brefs délais, un projet de loi qui, s'il est adopté, réglementera l'industrie en établissant des normes et des exigences minimales relativement au transport non urgent de passagers d'un établissement de soins de santé à un autre »[188].

Soins paramédicaux communautaires

L'analyse de la documentation du CCRPS comportait un énoncé de l'International Roundtable on Community Paramedicine (IRCP) décrivant une ressource paramédicale communautaire comme une personne qui exerce dans un champ de pratique élargi (qui prodigue des soins et exécute des protocoles spécialisés auxquels sa formation initiale ne l'a pas préparée) ou qui remplit un rôle élargi (qui utilise les compétences qu'elle a pour s'acquitter de rôles non traditionnels).

Les soins paramédicaux communautaires sont dispensés à des membres de la communauté qui nécessitent une évaluation, un traitement ou la prise en charge d'un problème de santé sans gravité ou chronique, ou encore des soins d'hygiène. Les ambulanciers paramédicaux communautaires doivent notamment évaluer le patient, choisir un traitement en s'appuyant sur les pratiques exemplaires et échanger avec le patient et les membres de sa famille. Le CCRPS a appris que, parmi les projets de soins paramédicaux communautaires existants, un éventail de modèles de prestation de soins sont en usage, certains s'en tiennent au champ d'exercice actuel

---

[186] Ombudsman Ontario, *Rapport annuel 2012-2013*, http://www.ombudsman.on.ca/Investigations/SORT-Investigations/Completed/Non-emergency-medical-transportation-services/Case-update---Annual-Report-2012-2013.aspx (lien consulté le 4 décembre 2013).

[187] Idem, p. 40.

[188] MSSLD, "Ontario Strengthening Patient Safety," archived news release, le 10 juin 2011, http://news.ontario.ca/mohltc/en/2011/06/ontario-strengthening-patient-safety.html (lien consulté le 4 décembre 2013).

des ambulanciers paramédicaux, alors que d'autres pourraient s'étendre au-delà du champ d'exercice.

Par exemple, certaines régions mettent en place des programmes et des pratiques exemplaires pour répondre aux besoins en soins de santé primaires non urgents des personnes âgées et d'autres patients vulnérables, ce qui amène des ambulanciers paramédicaux à assumer des rôles non traditionnels pour appuyer la prestation de soins de santé. Dans d'autres régions, souvent en milieu rural ou en régions éloignées, les ambulanciers paramédicaux atténuent la pénurie de médecins, infirmières et infirmiers ou d'autres professionnels de la santé. En régions urbaines, les ambulanciers paramédicaux dispensent parfois des soins à domicile. D'autres ambulanciers paramédicaux des communautés urbaines se déplacent dans une unité mobile pour dispenser des soins en compagnie d'un(e) infirmier(ère) praticien(ne) ou d'un médecin. Des projets de soins paramédicaux communautaires, dont le rôle est d'orienter les patients vers des services de soutien appropriés (p. ex., centres d'accès aux soins communautaires ou CASC) sont aussi présents dans un certain nombre de régions de l'Ontario. Pour terminer, certains projets holistes associent plusieurs types de programmes de soins paramédicaux communautaires.

Ainsi, un article de journal publié récemment informait sur le Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP), projet pilote offrant des services paramédicaux à domicile toutes les semaines à des personnes âgées à faible revenu d'un complexe domiciliaire situé à Hamilton (Ontario)[189]. Plus précisément, des ambulanciers paramédicaux éduquent les résidants sur les modes de vie sains, mesurent leur tension artérielle et évaluent les risques pour la santé, font rapport aux médecins de famille et orientent les résidants vers différents programmes communautaires. Avant ce projet, le volume d'appels des résidants du complexe pour des services ambulanciers était très élevé. Peu de temps après sa mise en œuvre, on a enregistré une baisse de l'ordre de 32 % des appels pour des SMU[190]. Les personnes âgées du complexe disent que leur qualité de vie s'est améliorée, ce qui, de l'avis de la « figure de proue » de ce projet (qui est aussi ambulancier paramédical), n'est pas un résultat négligeable, même s'il n'est pas quantifiable. « Les statistiques ne quantifient pas le fait d'améliorer l'état de santé des personnes âgées, ni les effets positifs de cette amélioration sur leur mode de vie... Nous sommes ici pour améliorer leur qualité de vie, et il semble qu'elle l'ait été de façon radicale. » [traduction libre]

On observe des écarts importants sur le plan de la portée et des services de ces différents projets de soins paramédicaux communautaires. N'empêche, la plupart ont en commun une valorisation des compétences des ambulanciers paramédicaux, qui vise à combler des lacunes ou à accroître les économies du système de soins de santé, et l'harmonisation accrue de ces compétences avec les soins de santé primaires. Au Canada, certains documents, de même que des paramètres d'évaluation de programme, témoignent du succès de certains programmes de soins paramédicaux communautaires. Une recherche approfondie est néanmoins nécessaire, surtout en ce qui concerne les analyses coûts-bénéfice quantifiables.

---

[189] Joanna Frketich, "Pilot project saves man's life and cuts ambulance calls; Regular visits from ambulanciers paramédicaux help seniors manage health issues and identify undetected ones, *Hamilton Spectator*, A1, le 19 octobre 2013.
[190] Idem.

Les soins paramédicaux communautaires représentent un tout nouveau rôle pour les ambulanciers paramédicaux et il semble qu'ils évoluent en général à l'échelle locale afin de répondre aux besoins spécifiques des communautés. Le domaine est décrit comme l'« évolution » de la profession, et ses réussites ont été attribuées à la conjugaison de deux caractéristiques des soins paramédicaux : compétences techniques et mobilité[191].

Les Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada (DSMUC) ont décrit l'évolution des soins paramédicaux communautaires comme étant un effort rationnel pour optimiser l'efficience du système de soins de santé. Au cours du processus de consultation, le CCRPS a pu entendre les points de vue des ambulanciers paramédicaux et des organisations sur le sujet. Certains intervenants se sont montrés enthousiastes devant les gains élevés pour les patients et le système de soins santé résultant de la prestation de programmes de soins paramédicaux communautaires, « l'avenir des soins paramédicaux »[192]. L'APC est d'avis que les soins paramédicaux communautaires sont le prolongement logique de la formation médicale et de la mobilité des ambulanciers paramédicaux, puisque ces derniers ont pour mission de se déplacer pour dispenser des soins aux patients, et non l'inverse. Ce faisant, l'APC estime que ces programmes contribuent à réduire la demande pour des soins médicaux d'urgence[193].

La souplesse des soins paramédicaux communautaires cadre bien avec la politique gouvernementale en matière de soins de santé, laquelle est centrée sur les patients, soit des Ontariennes et des Ontariens vieillissants aux prises avec une maladie chronique. L'une des trois priorités du *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé* (Plan d'action) est de dispenser de bons soins, au bon moment et au bon endroit[194]. Le *Plan d'action* vise aussi à « élargir l'accès aux visites à domicile de professionnels de la santé », et la prestation de soins primaires en dehors des consultations au service des urgences. De même, la stratégie des soins aux personnes âgées de l'Ontario « aidera les aînés (âgés de 65 ans et plus) à rester en santé, à vivre chez eux plus longtemps et à recevoir les soins dont ils ont besoin, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin »[195].

L'essor que connaissent les soins paramédicaux communautaires dans la profession paramédicale n'est pas sans soulever des inquiétudes. Les parties intéressées ont expliqué au CCRPS que la préparation pédagogique et la formation des ambulanciers paramédicaux ne s'harmonisaient pas avec les compétences nécessaires à la prestation sécuritaire de soins paramédicaux communautaires, et qu'il était donc impératif de moderniser les programmes d'enseignement des ambulanciers paramédicaux, le système de surveillance et d'autres éléments dominants des soins paramédicaux communautaires. L'OMCO a aussi exprimé des inquiétudes en soulignant que le rôle actuel des ambulanciers paramédicaux, qui consiste à dispenser des

---

[191] Commentaires soumis par l'APC dans le cadre de la consultation, le 5 juillet 2013, http://paramedic.ca/wp-content/uploads/2013/07/PAC-HPRAC-Letter-and-submission.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).
[192] Commentaires soumis par un citoyen pendant la période de consultation (intervenant 153).
[193] Commentaires soumis par l'APC pendant la période de consultation.
[194] MSSLD, *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé*, http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy_change (lien consulté le 18 novembre 2013).
[195] MSSLD, *Stratégie des soins aux personnes âgées de l'Ontario. Questionnaire à l'intention des membres du public*, http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ltc/scss.aspx (lien consulté le 18 novembre 2013).

soins d'urgence dans un système fortement réglementé et sous la surveillance étroite de médecins, tranche nettement avec la pratique indépendante en milieu communautaire.

Il a été estimé que la perspective d'élargir le champ d'exercice des ambulanciers paramédicaux constituait un domaine particulier, dans lequel il convenait de prendre soigneusement en compte les conséquences d'un tel changement sur tous les soutiens réglementaires et, le cas échéant, de prendre des mesures pour y répondre. Par exemple, les programmes de soins paramédicaux communautaires sur recommandation peuvent comporter des risques importants pour les patients, car l'orientation de ces derniers vers ces programmes ne fait actuellement pas partie de la culture et de la mentalité du milieu paramédical, et ces orientations ont lieu hors de la surveillance des hôpitaux principaux. Dans ce genre d'entreprises, les risques les plus élevés sont associés à l'aiguillage de patients par du personnel de la communauté... Ces processus ne sont pas intégrés à la formation des ambulanciers paramédicaux, et ils présentent des risques pour la sécurité[196]. Dans le même ordre d'idées, le CCRPS a trouvé au cours de son analyse documentaire une méta-analyse publiée aux États-Unis en 2009 portant sur la capacité des ambulanciers paramédicaux américains à déterminer si le transport d'un patient en ambulance est essentiel du point de vue médical. L'étude indique une sous-estimation des besoins de l'ordre de 9 % à 29 %; les chercheurs ont conclu que les données n'appuyaient pas la pratique consistant à confier aux ambulanciers paramédicaux américains le soin de déterminer si un patient nécessitait un transport en ambulance[197].

Évaluation du CCRPS : Soins non urgents

Les renseignements examinés à la section « Mesures de protection actuelles » indiquent que le travail de chaque ambulancier paramédical est une composante du système de soins préhospitaliers d'urgence, et que des difficultés surviennent dès que l'on tente d'examiner les interventions des ambulanciers paramédicaux (notamment les aspects de la pratique qui ont trait au risque de préjudice et à l'intérêt public) en dehors de ce système. La formation dispensée, combinée aux outils fournis pour exécuter des actes autorisés, et l'exercice de la profession sous la gouvernance et la surveillance du système de soins préhospitaliers sont au cœur de la pratique paramédicale en Ontario.

Même si l'OPA a exclu les répondants médicaux d'urgence (RMU) de sa demande d'autoréglementation (« L'OPA estime que l'inclusion des RMU dans un éventuel ordre des ambulanciers paramédicaux n'est pas souhaitable, car leurs normes de pratiques n'atteignent pas le seuil de risque de préjudice associé à l'autoréglementation par un ordre habilité en vertu de la LPSR. Ainsi, les RMU ne peuvent exécuter des actes autorisés[198] »), d'après les recherches du CCRPS, il semble que le champ d'exercice du personnel des services de transport médical non urgent soit d'un niveau somme toute assez proche de celui des RMU.

---

[196] Commentaires soumis par un citoyen dans le cadre de la consultation (intervenant 4).
[197] Brown *et coll.*, "Paramedic Determinations of Medical Necessity: A Meta-Analysis," *Pre-Hospital Emergency Care*, 2009, *13(4)*, 516-27.
[198] Demande de l'OPA, p. 3.

Le nombre de diplômés des programmes d'études en soins paramédicaux en Ontario dépasse le nombre d'employés embauchés par les services municipaux de SMU : entre 2008 et 2012, près de 1 700 diplômés ont été incapables de trouver un emploi comme ambulancier paramédical[199]. Pendant la période de consultation, l'hypothèse a été émise que l'embauche des diplômés des programmes de soins paramédicaux dans le secteur des services de transport médical non urgent était peut-être la résultante d'un marché du travail sursaturé[200], plutôt que d'un besoin particulier pour des soins de niveau paramédical.

En outre, la définition que donne l'OPA de l'« ambulancier paramédical non autorisé » n'est pas cohérente avec celle de l'« ambulancier paramédical » énoncée dans la *Loi sur les ambulances* et, vu l'importance de cette loi pour la prestation de soins paramédicaux en Ontario, la définition de la *Loi sur les ambulances* a préséance. Aux termes de la Loi, un « auxiliaire médical » (désigné dans le présent document par le terme « ambulancier médical ») est une personne qui possède les qualités nécessaires à l'exercice de la profession, qui est employée par un service d'ambulance et qui peut exécuter des actes autorisés sous l'autorité d'un directeur médical d'un hôpital principal[201]. Un ambulancier paramédical, qui ne peut être autorisé à exercer que par le MSSLD et le programme de l'hôpital principal, exécute des actes autorisés sur des patients gravement malades ou dont l'état de santé est instable. Le personnel des services de transport médical non urgent ne satisfait pas à ces conditions. Non seulement les employés des services de transport médical non urgent n'exercent pas de façon régulière les fonctions des ambulanciers paramédicaux décrites dans la *Loi sur les ambulances*, mais encore leur travail ne *requiert* aucunement qu'ils exercent de telles fonctions ou en possèdent le niveau de formation ou d'éducation. Le secteur du transport médical non urgent comble un besoin chez les patients qui ne nécessitent pas les soins d'un ambulancier paramédical, et rien n'indique qu'il faille exercer cette fonction pour travailler dans ce secteur. Dans le RLISS du Sud-Ouest, par exemple, lorsqu'une urgence survient pendant le transport d'un patient, tout le personnel des services de transport médical non urgent est formé à intervenir dans les limites du rôle d'un premier répondant afin de maintenir le patient en vie et à appeler le 911 pour obtenir u*ne ambulance (et l'assistance d'ambulanciers paramédicaux*[202]. Aucune preuve convaincante n'a été fournie pour corroborer l'idée selon laquelle un employé des services de transport médical non urgent, ou une personne qui a étudié les soins paramédicaux (et possiblement obtenu un certificat délivré par la DSSU), est, en dehors du système de prestation de soins préhospitaliers d'urgence, un « ambulancier paramédical », au sens où ce terme est actuellement compris.

C'est la législation existante qui permet au secteur du transport médical non urgent d'exercer ses activités sans avoir à offrir la protection réglementaire ou en matière de procédure que les services d'ambulance des municipalités sont tenus d'offrir (la structure de la *Loi sur les ambulances*, les activités liées à l'AQ du programme de l'hôpital principal, la surveillance et le soutien des fournisseurs municipaux de SMU, etc.). Compte tenu des différences précitées, nous pensons toutefois que ce n'est pas en soi un motif de préoccupation, et l'engagement du MSSLD

---

[199] Lettre de l'OPA au CCRPS, le 12 juin 2013, p. 2.
[200] Commentaires soumis par l'APC pendant la période de consultation, p. 83 et 84. http://hprac.org/en/projects/resources/PartIIConsultationResultsOtherFormat.pdf (lien consulté le 5 décembre 2013).
[201] *Loi sur les ambulances*, par. 1(1).
[202] Healthcare Materials Management Services, Schedule 4, Clause 8.

à réglementer le secteur du transport médical non urgent n'intervient pas dans l'étude de la demande d'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical du CCRPS. Le CCRPS a passé en revue les exercices de normalisation du RLISS du Sud-Ouest en regard des constatations de l'ombudsman de l'Ontario. Le lancement à l'échelle provinciale d'une telle initiative, ou d'un programme analogue, appuierait les recommandations de l'ombudsman et l'engagement du MSSLD à réglementer le secteur.

Même si la plupart des emplois dans le secteur du transport médical non urgent ne requièrent pas d'accomplir des actes autorisés, le CCRPS a appris que certaines des entreprises de ce secteur, qui offrent leurs services dans le cadre d'événements ou œuvrent dans l'industrie, emploient du personnel qui, sur délégation d'un médecin n'exerçant pas dans un hôpital principal, peut exécuter des actes autorisés[203]. En raison de la dynamique du marché du transport médical non urgent et de l'absence d'une structure formelle, il est difficile de déterminer le nombre de personnes travaillant dans ces conditions et le nombre de patients pris en charge. Soit dit en passant, il ne semble pas qu'ils soient nombreux[204]. Comme mentionné à la section « Plaintes », l'OMCO a été informé d'un problème impliquant un membre du personnel d'une entreprise de transport médical non urgent assurant des services de secourisme dans le cadre d'événements spéciaux. Il reste que des dispositions pour assurer la protection de la sécurité des patients sont intégrées au système pour protéger la sécurité du patient. En outre, comme mentionné précédemment (voir la section « Délégation »), la délégation est un outil normalisé utilisé par les médecins de l'Ontario pour assurer la prestation efficiente de soins de santé, et les médecins délégataires doivent respecter les lignes directrices et les normes en matière de délégation, de même que les normes et les règlements de l'OMCO.

N'empêche, vu le dynamisme du système de prestation de soins paramédicaux, il est difficile d'isoler du système de prestation de soins préhospitaliers d'urgence dans son ensemble les éléments du risque de préjudice associés aux soins dispensés par les ambulanciers paramédicaux et, en particulier, ceux du cas signalé par l'OMCO, qui porte sur le personnel d'une entreprise de soins non urgents qui offre ses services dans le cadre d'événements spéciaux. Il serait donc préférable que tous les services de type paramédical soient encadrés par un programme d'hôpital principal et que quiconque exerce une fonction semblable à celle d'un ambulancier paramédical et qui exécute des actes autorisés soit elle aussi encadrée par un tel programme.

À l'heure actuelle, les ambulanciers paramédicaux communautaires, contrairement à ceux des SMU, ne bénéficient pas des avantages du réseau de surveillance et n'exécutent pas d'actes autorisés par délégation des médecins de l'hôpital principal. Les ambulanciers paramédicaux communautaires, en exerçant hors du programme de l'hôpital principal, limitent leur capacité à exercer toutes leurs compétences. Les programmes de soins paramédicaux communautaires examinés par le CCRPS comportent souvent des activités à faible risque et auprès de patients qui ne sont pas gravement malades. Il est toutefois concevable que ces programmes puissent prévoir une disposition selon laquelle un ambulancier paramédical est ou peut être dans l'obligation d'accomplir des actes autorisés, comme il est raisonnable de présumer que c'est la raison pour laquelle ces ambulanciers paramédicaux ont été invités à participer à ces programmes. À l'instar

---

[203] Lettre de l'OPA au CCRPS, le 12 juin 2013, p. 3.
[204] Voir, entre autres, la lettre de l'OBHG adressée au CCRPS, le 12 juin 2013, p. 2.

du personnel de la santé qui exerce en milieu industriel et dispense des soins de type paramédical, les ambulanciers paramédicaux communautaires ne devraient exercer qu'à l'intérieur de la structure de surveillance du programme d'un hôpital principal.

En outre, les programmes de soins paramédicaux communautaires visent en partie à accroître les économies du système de soins de santé. Cela dit, si un ambulancier paramédical communautaire est en présence d'un client qui nécessite des soins paramédicaux complets, il doit, selon ses conditions de travail actuelles, composer le 911 et demander des SMU, ce qui va à l'encontre des objectifs d'économie accrue à l'origine des soins paramédicaux communautaires. Techniquement parlant, le système fonctionnerait, mais cela ne ferait qu'ajouter un niveau de complexité qu'il vaudrait mieux éviter.

Dans le but d'assurer la sécurité des patients et la capacité de rendement, et en gardant à l'esprit les programmes de soins paramédicaux communautaires d'autres administrations qui ont du succès, le directeur de l'OBHG est prêt à étendre la surveillance médicale et la délégation des actes autorisés aux ambulanciers paramédicaux communautaires de l'Ontario[205]. Le directeur de l'OBHG établit un parallèle entre le processus d'exercice de la responsabilité de la surveillance des programmes de soins paramédicaux communautaires et la manière dont les hôpitaux principaux ont assumé les progrès dans le domaine des soins paramédicaux, notamment l'instauration des soins pour soulager la douleur et des soins spécialisés de maintien des fonctions vitales[206].

Les programmes de soins paramédicaux communautaires sont plutôt récents et, à la connaissance du CCRPS, le gouvernement de l'Ontario n'a pas officiellement fait des soins paramédicaux communautaires une initiative de programme. Si les initiatives de soins paramédicaux communautaires pilotées deviennent des programmes à grande échelle, les modèles de financement du gouvernement seront adaptés de manière à permettre le fonctionnement de ce programme au sein du programme de l'hôpital principal.

Pour le moment, la priorité du MSSLD en ce qui concerne les soins d'urgence préhospitaliers est la prestation de services d'ambulance. Pour élargir cette vision et mettre l'accent sur la prestation de services paramédicaux, il faudrait repenser les soins préhospitaliers, notamment adopter une approche axée sur les ambulanciers paramédicaux. Une façon d'y parvenir est d'apporter des modifications à la *Loi sur les ambulances* (ou à un autre texte législatif) afin d'assurer la protection du titre. Le CCRPS appuie la recommandation de l'OPA de réserver les titres « ambulancier paramédical de premier niveau », « ambulancier paramédical de niveau avancé » et « ambulancier paramédical de niveau spécialisé » aux ambulanciers paramédicaux qui satisfont les critères d'admissibilité à l'exercice de la profession, respectent les exigences relatives à la formation médicale et d'autres exigences liées à l'accréditation. Le changement de perspective, notamment l'introduction des notions de protection de titre et d'affiliation obligatoire avec un hôpital principal, pourrait accroître la sécurité des patients.

---

[205] Commentaires soumis par l'OBHG pendant la période de consultation, http://hprac.org/en/projects/resources/PartIIConsultationResultsOtherFormat.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).
[206] Idem.

Soins interprofessionnels

La collaboration interprofessionnelle (CIP) est essentielle à la prestation de soins rentables dans le système de soins de santé de l'Ontario. Bien que l'on ait défini de diverses façons les termes « soins interprofessionnels » et « collaboration interprofessionnelle » le CCRPS accepte la définition que donne ProfessionsSantéOntario des soins interprofessionnels (syn. : collaboration interprofessionnelle en soins de santé), soit la « prestation de services de santé complets aux patients par l'entremise de divers soignants qui collaborent afin de dispenser des soins de qualité au sein des établissements de santé et entre ceux-ci[207] ».

L'OPA a déclaré que « les ambulanciers paramédicaux en Ontario n'ont pas eu l'occasion d'augmenter la collaboration entre professionnels aussi efficacement qu'ils le souhaitaient, parce que leur profession n'est pas autoréglementée et que le système de réglementation actuel est trop lourd et trop complexe[208] ». Des ambulanciers paramédicaux ont aussi fait savoir au CCRPS qu'ils appuyaient une intensification de la collaboration entre professionnels (« Une telle collaboration ne peut que contribuer à plus grand professionnalisme et à uniformiser la compréhension de notre champ d'exercice avec celle d'autres professionnels paramédicaux[209]. »). L'OPA estime que la collaboration entre professionnels est un enjeu important, compte tenu de l'isolement inhérent au travail des ambulanciers paramédicaux. La collaboration entre professionnels est essentielle pour bien s'acquitter d'un travail exécuté sans supervision directe et comportant des activités à risque élevé, mais aussi parce que les ambulanciers paramédicaux ont peu d'occasions d'interaction avec d'autres professions de la santé[210].

L'analyse documentaire réalisée par le CCRPS appuie cette position. Comme décrit à la section « Analyse de la documentation », le CCRPS a repéré un rapport intitulé « Promouvoir et harmoniser une culture de sécurité des patients dans les secours médicaux d'urgence (SMU) », qui conclut, entre autres, que la collaboration entre professionnels est l'un des piliers de l'amélioration de la sécurité des patients en milieu préhospitalier[211]. D'autres rapports indépendants appuient aussi cette conclusion. Par exemple, un examen systémique réalisé en 2010 décrivait le problème de la perte d'information au moment du transfert des patients et proposait aussi des solutions susceptibles de remédier à ce problème, comme l'utilisation de

---

[207] ProfessionsSantéOntario, Comité directeur de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, *Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Un plan directeur provincial*, 2007, http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolicymakersResearchers/ipc-blueprint-july-2007-fr.pdf (lien consulté le 18 novembre 2013)

[208] Demande de l'OPA, p. 43.

[209] Commentaires soumis par un citoyen pendant la période de consultation (intervenant 18), http://CCRPS.org/en/projects/resources/PartIConsultationResultsSurveyFormat.pdf (lien consulté le 5 décembre 2013).

[210] Demande de l'OPA, p. 41.

[211] ICSP, p. 30.

processus structurés par un personnel adéquat et expérimenté et l'amélioration de la formation pluridisciplinaire[212].

Cet exemple, tiré de la documentation, a été repris par le vérificateur général et cité précédemment dans le présent rapport (voir « Le vérificateur général de l'Ontario », au chapitre I) Le *Rapport annuel 2010* du Bureau du vérificateur de l'Ontario cible des occasions d'amélioration de la sécurité des patients (et d'autres améliorations) grâce à la collaboration entre professionnels associée au délai entre l'arrivée d'une ambulance au service des urgences et le déchargement du patient[213]. Le rapport met en évidence des incohérences dans la façon dont les ambulanciers paramédicaux et le personnel des urgences interprètent les lignes directrices sur le triage; une formation désuète des ambulanciers paramédicaux serait en cause[214]. Selon le rapport du vérificateur, les ambulanciers paramédicaux ont signalé ce problème au Ministère à maintes reprises[215].

En réponse au rapport du vérificateur, le MSSLD a indiqué qu'il examinait avec ses partenaires de la surveillance (CCM du programme de l'hôpital principal et fournisseurs municipaux de SMU) des façons d'uniformiser le vocabulaire utilisé par le personnel des services préhospitaliers et hospitaliers pour décrire le problème de santé d'un patient[216]. Le MSSLD s'est également engagé à explorer des moyens d'offrir aux ambulanciers paramédicaux une formation à jour. En plus d'illustrer comment la collaboration entre professionnels peut améliorer les soins dispensés aux patients, de même que la relation de coopération entre les partenaires de la surveillance, cet exemple met en lumière des difficultés que doivent surmonter les ambulanciers paramédicaux lorsqu'ils tentent de participer activement à des activités faisant appel à la collaboration entre professionnels.

Il semble que ces difficultés ne découlent pas des compétences des ambulanciers paramédicaux ou de la perception qu'ont les fournisseurs de soins de santé des ambulanciers paramédicaux. Pendant la période de consultation, une majorité d'intervenants, sans égard à leur opinion sur la demande de réglementation, était d'avis que la profession avait démontré une volonté et une capacité de collaborer efficacement avec d'autres professions[217]. Le CCRPS a également reçu des commentaires d'un certain nombre d'intervenants sur cette question. Certains ont manifesté un appui global (« L'Association of Ontario Midwives appuie l'autoréglementation... en tant que moyen... pour améliorer les relations interprofessionnelles[218] » [traduction libre]), d'autres ont souligné l'importance d'un exercice de la profession encadré par le système de surveillance actuel pour améliorer les soins interprofessionnels (« l'[OMA] est d'avis que l'OPA et la communauté médicale, notamment le programme de l'hôpital principal, doivent se concentrer

---

[212] Bost *et coll.*, "Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department: A literature review," *International Emergency Nursing*, 2009, 18:210-220.
[213] Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel 2010*, chap. 3, sect. 3.05, p. 135, http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr10/305fr10.pdf (lien consulté le 4 décembre 2013).
[214] Idem.
[215] Idem.
[216] Idem, p. 144.
[217] Un des énoncés (de la question 7) par lequel les parties intéressées ont exprimé, pendant la période de consultation du CCRPS, dans quelle mesure ils appuyaient la proposition de réglementation.
[218] Commentaires soumis par l'Association of Ontario Midwives pendant la période consultation, http://hprac.org/en/projects/resources/PartIIConsultationResultsOtherFormat.pdf (lien consulté le 5 décembre 2013).

sur des stratégies et des processus qui améliorent les soins interprofessionnels. Nous sommes confiants que des stratégies et des processus ont déjà été intégrés à la structure de l'hôpital principal[219] » – [traduction libre]) D'autres intervenants, comme le Syndicat des employées et employés de la fonction publique de l'Ontario (SEFPO), estiment cependant que rien n'indique que la réglementation améliorait la collaboration entre professionnels[220].

Dans ses commentaires pendant la consultation, l'APC a souligné l'importance d'outiller les ambulanciers paramédicaux pour qu'ils puissent optimiser les soins administrés aux patients (« Pour atteindre et maintenir des normes de prestation de soins de santé préhospitaliers et communautaires d'une qualité optimale, il est essentiel que les ambulanciers paramédicaux puissent contribuer aux soins primaires à titre de professionnels accomplis, qui assument leurs responsabilités à l'égard de leur conduite et de leurs compétences[221] .» [traduction libre]) L'APC a aussi expliqué l'importance grandissante de la collaboration entre professionnels en ce qui concerne les soins paramédicaux communautaires et commenté la recommandation à ce sujet du Dr Samir Sinha, expert-responsable de la Stratégie des soins aux personnes âgées de l'Ontario (« Il est d'une importance vitale que les ambulanciers paramédicaux puissent collaborer avec les fournisseurs de soins *non urgents*, comme les infirmières et infirmiers, les infirmières et infirmiers praticien(ne)s, les sages-femmes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, etc., et qu'ils soient membres à part entière des équipes interprofessionnelles qui explorent des façons novatrices et efficaces de gérer les difficultés[222]. » [traduction libre])

Évaluation du CCRPS : Soins interprofessionnels

Dans sa demande de réglementation, l'OPA affirme que les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario n'ont pas eu d'occasions d'accroître la collaboration entre professionnels autant qu'ils le souhaitaient, car leur profession n'est pas autoréglementée par un ordre des ambulanciers paramédicaux, lequel éliminerait les obstacles qu'ils doivent actuellement surmonter, ce qui améliorerait et intensifierait la collaboration entre professionnels, en permettant à la profession de collaborer efficacement avec d'autres professions de la santé réglementées à l'établissement de pratiques exemplaires liées à l'exécution d'actes autorisés et d'autres interventions cliniques[223].

Le CCRPS s'est penché sur le concept de collaboration entre professionnels et son incidence sur le système de soins de santé de l'Ontario et, en 2008 et 2009, a présenté à la ministre des Soins de santé et des Soins de longue durée deux rapports provisoires[224] et un rapport final[225] à ce sujet.

---

[219] Commentaires soumis par l'OMA pendant la période de consultation, http://hprac.org/en/projects/resources/PartIIConsultationResultsOtherFormat.pdf (lien consulté le 5 décembre 2013).
[220] Commentaires soumis par le SEFPO pendant la période de consultation, http://hprac.org/en/projects/resources/PartIIConsultationResultsOtherFormat.pdf (lien consulté le 5 décembre 2013).
[221] Commentaires soumis par l'APC pendant la période de consultation, http://hprac.org/en/projects/resources/PartIIConsultationResultsOtherFormat.pdf (lien consulté le 5 décembre 2013).
[222] Idem.
[223] Demande de l'OPA, p. 43.
[224] CCRPS, *Un rapport provisoire du ministère de la Santé et des soins de longue durée sur les mécanismes permettant de faciliter et de soutenir la collaboration interprofessionnelle entre les collèges régissant les professions de la santé et les membres des professions de la santé réglementées,* mars 2008,

Les recommandations ont été élaborées en vue de leur application à l'ensemble des fournisseurs de soins de santé, quelle que soit leur situation en regard à la réglementation. Même si l'autoréglementation permet la collaboration entre professionnels, le CCRPS estime que d'autres méthodes et outils peuvent promouvoir et intensifier la collaboration entre tous les professionnels de la santé.

Dans la documentation, certains faits indiquent que le renforcement de la collaboration entre professionnels est lié, entre autres, à des résultats positifs sur la santé des patients. Même si ce n'est pas l'un des critères de réglementation du CCRPS, le soutien pour renforcer le professionnalisme accru des ambulanciers paramédicaux, implicitement lié à la collaboration entre professionnels, s'est avéré un autre thème récurrent des commentaires émis par les parties intéressées lors de la consultation : le CCRPS a pris connaissance des avis de l'OBHG[226], de l'OHA[227] et d'autres intervenants à ce sujet.

L'élargissement de la collaboration entre professionnels à la profession d'ambulancier paramédical est non seulement un moyen important d'améliorer la sécurité des patients, il fait aussi fond sur le respect et la bonne volonté démontrés par les partenaires de la prestation des soins de santé. La collaboration entre professionnels prendra de l'importance à mesure que la profession d'ambulancier paramédical s'épanouira et que ses rôles évolueront. Le programme de soins paramédicaux communautaire, en particulier, offre aux ambulanciers paramédicaux une occasion d'interagir avec d'autres professionnels de la santé[228], mais aussi d'endosser un rôle de chef de file dans secteur émergent. D'après la structure du cadre de surveillance des soins paramédicaux, l'amélioration de la collaboration entre professionnels et la multiplication des occasions offertes aux ambulanciers paramédicaux de participer à des activités de collaboration entre professionnels sont avantageuses pour tous.

L'Ordre de réglementation des professionnels de la santé de l'Ontario (ORPSO) a mis au point un outil électronique de collaboration interprofessionnelle pour faciliter la coordination des soins au sein des équipes et d'optimiser les rôles, responsabilités et services afin de répondre aux besoins des patients[229]. Cet outil pourrait permettre d'éliminer des obstacles aux soins interprofessionnels en s'adaptant à tous les membres de l'équipe, y compris les professionnels de la santé, autorisés ou non autorisés, et les autres professionnels (travailleurs sociaux, représentants d'établissements d'enseignement, etc.). L'exploitation continue et optimisée de cet outil, d'un outil analogue ou des principes de base de cet outil dans les équipes paramédicales de

---

http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/hprac_08/2_hprac_interpro_20080900f.pdf (lien consulté le 18 novembre 2013).

[225] CCRPS, *Liens essentiels : Transformation et soutien des soins aux patients. Rapport présenté au ministre de la Santé et des Soins de longue sur les mécanismes visant à faciliter et à soutenir la collaboration interprofessionnelle ainsi qu'un nouveau cadre de travail en matière d'ordonnances et d'utilisation des médicaments par des professionnels de la santé réglementés mais non-médecins,* janvier 2009, http://www.hprac.org/fr/reports/resources/hprac-criticallinks.French.apr09.final.pdf

[226] CCRPS, *Stakeholder Feedback on the Regulation of ambulanciers paramédicaux and Emergency Medical Attendants (EMAs) under the Regulated Health Professions Act, 1991 (RHPA),* Part II, 30, http://hprac.org/en/projects/resources/PartIIConsultationResultsOtherFormat.pdf.

[227] Idem, p. 34.

[228] Demande de l'OPA, p 42.

[229] ORPSO, Interprofessional Collaboration eTool, http://ipc.fhrco.org (lien consulté le 12 décembre 2013).

soins interprofessionnelles permettra de surmonter certains des obstacles à la collaboration entre professionnels observés par l'OPA, le vérificateur et d'autres parties intéressées.

Chapitre V : Justification et conclusion

Le processus décisionnel du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS)[230] est complet, transparent, souple et fondé sur des données probantes. Dans l'examen de la demande de réglementation des ambulanciers paramédicaux en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* (LPSR), le CCRPS a entrepris des recherches visant à apporter des preuves à l'appui de ses conclusions, et il a fait appel à des organisations et des personnes possédant l'expertise pertinente en Ontario et ailleurs.

Dans l'examen de la demande de l'Ontario Paramedic Association (OPA) visant la réglementation, le CCRPS a aussi tenu compte de l'objectif principal de la surveillance réglementaire, c'est-à-dire des soins de santé sécuritaires, efficaces et axés sur les patients. Le CCRPS a tenu compte de la nécessité de garder la surveillance réglementaire proportionnelle au risque et aux aspects touchant l'intérêt public liés à la modification d'un régime de réglementation, de la réglementation indirecte à la *Loi sur les ambulances* à l'autoréglementation en vertu de la LPSR.

Le processus d'examen du CCRPS ne comprend pas une évaluation des mérites de la profession qui demande la réglementation. Les critères et le processus du CCRPS déterminent plutôt si le demandeur atteint le seuil de risque de préjudice et s'il est autrement dans l'intérêt public que la profession soit réglementée en vertu de la LPSR.

Dans son processus d'évaluation, le CCRPS a appris que les ambulanciers paramédicaux en Ontario ont gagné le respect de leurs pairs. Les éléments probants présentés indiquent aussi qu'on croît que les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario sont des professionnels hautement compétents (p. ex. l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) a écrit qu'« Il est indiscutable que les ambulanciers paramédicaux et les préposés en soins médicaux d'urgence sont de précieux intervenants d'urgence dont les compétences fiables permettent de sauver et de prolonger la vie. Ces braves femmes et hommes méritent d'être félicités pour les très grands courage et dévouement dont ils font preuve dans leur rôle comme membres importants de l'équipe d'intervention d'urgence » [traduction libre])[231]. L'aspect gestion des lieux de la pratique paramédicale exige que les ambulanciers paramédicaux possèdent des compétences uniques et très spécialisées. Comme Campeau l'a noté, le contexte de pratique – et non pas les traitements administrés par les ambulanciers paramédicaux – différencie la pratique paramédicale de celle des autres fournisseurs de soins de santé.

Les éléments probants montrent aussi que le système de surveillance actuel est complexe et, de plus, que de nombreux processus intégraux ne se produisent pas dans la sphère publique. Toutefois, aucun élément probant ne montre que la complexité et l'opacité du système augmentent de façon importante le risque de préjudice causé aux patients. Par exemple, le

---

[230] Voir le volume 2 pour un complément d'information sur les critères et le processus du CCRPS.
[231] RNAO, présentation de consultation, 30 juillet 2013.

CCRPS a été informé – grâce aux observations émanant de la consultation, aux entrevues auprès d'informateurs clés et à d'autres recherches – de la force du système de surveillance actuel et de son effet d'atténuation du risque résiduel. Entre autres choses, la Direction des services de santé d'urgence (DSSU), le programme de l'hôpital principal et les fournisseurs de services médicaux d'urgence (SMU) – les partenaires de la surveillance – travaillent en collaboration, et leurs rôles sont bien compris. Les partenaires de la surveillance et les ambulanciers paramédicaux partagent une bonne volonté générale, ainsi qu'une attitude et une approche hautement professionnelles. Comme pour les pratiques des ordres professionnels de l'Ontario, le système de soins préhospitaliers d'urgence comporte de nombreux automatismes régulateurs, qui appuient de façon collective la pratique sécuritaire des ambulanciers paramédicaux. Par exemple :

- La DSSU agit à titre d'organisme de réglementation de la profession dans le cadre de l'administration et de l'application de la *Loi sur les ambulances*. Elle établit les normes relatives à l'éducation, à l'évaluation et à la formation médicale continue, elle s'occupe de certains aspects du processus de traitement des plaintes et elle participe à la surveillance de tous les aspects du système, y compris ceux dont s'acquittent les fournisseurs municipaux de SMU et les hôpitaux principaux.
- Les fournisseurs municipaux de SMU ont des responsabilités en vertu de la *Loi sur les ambulances*, notamment celle de veiller au respect des normes. De plus, ils offrent certains programmes de formation médicale continue, ils effectuent certains aspects du processus de traitement des plaintes et ils maintiennent des normes élevées pour la partie opérationnelle de la prestation des services paramédicaux.
- Le programme de l'hôpital principal a des responsabilités en vertu de la *Loi sur les ambulances*, notamment celles de garantir la qualité des activités des ambulanciers paramédicaux, d'assurer la compétence initiale et continue pour l'exécution d'actes autorisés grâce à l'accréditation et au renouvellement d'accréditation, d'offrir des programmes de formation médicale continue pertinents au niveau clinique et de fournir de l'orientation et des conseils médicaux aux ambulanciers paramédicaux. De plus, les hôpitaux principaux établissent des politiques et des protocoles pour permettre la délégation et la communication (communément appelée « patching ») conformément aux exigences et aux normes législatives. Ils s'occupent en outre de certains aspects du processus de traitement des plaintes.
- Les ambulanciers paramédicaux qui obtiennent un diplôme de programmes approuvés et souvent accrédités subissent un examen à l'échelle de la province, obtiennent une accréditation initiale et la maintiennent, participent à la déclaration volontaire des erreurs, sont complètement tenus responsables de leurs activités par l'intermédiaire d'une diversité de moyens et promeuvent une culture professionnelle.

Le résultat du processus d'évaluation du CCRPS est que le demandeur n'a pas dépassé le seuil de risque de préjudice. Faire passer le régime de réglementation de la réglementation indirecte par l'État à l'autoréglementation par la profession n'est pas dans l'intérêt public. À l'heure actuelle, la sécurité du public et la qualité des soins sont maintenues de façon suffisante par le système de surveillance actuel.

L'autoréglementation semble être un sujet polarisé parmi les ambulanciers paramédicaux. Bon nombre des observations émanant de la consultation ont été formulées par des ambulanciers paramédicaux de la base et près de la moitié de celles-ci n'étaient pas favorables à la réglementation. De plus, les observations émanant de la consultation étaient parfois appuyées par des éléments probants ressortis de l'analyse de la documentation. Certains intervenants de la consultation ont aussi mentionné un manque de preuves de risque de préjudice. L'analyse de la documentation a seulement présenté des données qualitatives sur les risques examinés pour la sécurité des patients à cause des limites des données quantitatives. Les données disponibles donnent à penser que la pratique paramédicale, y compris la gestion des lieux pendant la prestation des soins, peut poser des risques uniques liés à la sécurité des patients.

De plus, un thème général qui ressort des observations émanant de la consultation, exprimées autant par les partisans que par les adversaires de la réglementation, était la possibilité de risque de préjudice fondée sur les activités décisionnelles et professionnelles des ambulanciers paramédicaux. Les observations émanant de la consultation et l'analyse de la documentation ont précisé ce thème en reliant cette préoccupation au renforcement du champ de pratique des ambulanciers paramédicaux, qui peut déroger au système d'éducation ou de formation. Le CCRPS n'a pas découvert de preuves qui indiquent que des ambulanciers paramédicaux exécutant des actes autorisés en dehors de la délégation dans le cadre du programme de l'hôpital principal (comme proposé par l'OPA) seraient dans l'intérêt public. En même temps, les preuves indiquent que la délégation des actes autorisés par des directives et des communications médicales spécialisées, et d'autres caractéristiques du système de surveillance actuel, atténuent les risques de façon adéquate.

En général, les mises à jour nécessaires du système de soins préhospitaliers d'urgence peuvent en fin de compte exiger une vue et une approche plus larges de la pratique paramédicale et le remplacement simultané de l'accent que met le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) sur la prestation des services d'ambulance. Les modifications législatives pourraient comprendre la protection du titre de la profession; par exemple, afin de garantir que tous les services de type paramédical sont effectués dans le cadre du programme de l'hôpital principal.

De plus, si la profession continue d'évoluer, il serait prudent de veiller à ce que le système d'éducation ou de formation paramédicale prépare les ambulanciers paramédicaux de façon adéquate aux réalités de la pratique. En Ontario, les programmes de soins paramédicaux communautaires à l'état naissant représentent une telle évolution de la profession. Les ambulanciers paramédicaux communautaires doivent être préparés pour la pratique sécuritaire par une éducation et une formation appropriées. Tous les ambulanciers paramédicaux doivent pouvoir prendre des décisions et participer à la gestion des lieux afin d'offrir des soins efficaces et de grande qualité. L'adoption prudente des évolutions dans la pratique des soins paramédicaux exigera une analyse approfondie sur les limites extérieures raisonnables du champ de pratique des ambulanciers paramédicaux, ainsi que sur la pertinence de leur préparation éducative actuelle.

Le CCRPS a appris que la pratique sécuritaire est un produit du système de surveillance actuel. Par conséquent, la protection du public sera maintenue si les ambulanciers paramédicaux exercent toujours leurs activités dans le cadre du système de surveillance actuel, sans égard au contexte de la pratique, et si l'on comprend que les membres du personnel de transport non

urgent ne sont pas des « ambulanciers paramédicaux ». L'apport de modifications aux normes de soins avancés et de soins de base afin de veiller à ce que tous les actes médicaux soient surveillés par les médecins de l'hôpital principal appuiera davantage la sécurité des patients. Le programme de l'hôpital principal en Ontario est préparé et prêt à évoluer au même rythme que la pratique paramédicale, et le CCRPS fait l'éloge de son approche centrée sur les patients.

Le système de surveillance peut être amélioré. Dans la mesure du possible, le système devrait être rationalisé pour en réduire la complexité et, en même temps, il devrait être rendu plus complet, les partenaires de la surveillance travaillant ensemble pour le changement. Dans certains cas, le rôle de chacun des partenaires de la surveillance devra être modifié; dans d'autres cas, les partenaires de la surveillance devront travailler ensemble d'une façon différente ou nouvelle. Les liens entre le MSSLD et les fournisseurs municipaux de SMU pourraient être renforcés en demandant aux municipalités de faire rapport directement au MSSLD sur les questions liées à la sécurité des patients, le cas échéant. Ces types de modification aideront le MSSLD à comprendre de façon appropriée comment les ambulanciers paramédicaux exercent leurs activités dans la province et le mode de fonctionnement global du système. Certaines des municipalités de l'Ontario participent actuellement à une initiative d'analyse comparative qui comprend la présentation de données sur les services municipaux communs. Il y a une occasion de consolider l'esprit de cette initiative et d'élargir l'échange de données et la mise en œuvre des pratiques exemplaires dans la prestation des soins aux patients à l'échelle de la province.

Par exemple, le processus de traitement des plaintes pourrait être mis à jour afin d'accroître la transparence, d'améliorer l'efficience et de permettre la gestion appropriée des données. Les changements pourraient comprendre le choix d'un champion pour gérer le processus, l'élargissement du processus pour inclure toutes les plaintes, l'implication des patients en rendant le processus de traitement des plaintes accessible au public et la normalisation du processus à l'échelle des hôpitaux principaux et des fournisseurs municipaux de SMU. Les effets de cascade comprendraient la promotion de l'équité procédurale pour les ambulanciers paramédicaux et la sensibilisation accrue du public. Les principes qui sous-tendent la mise à jour du processus de traitement des plaintes pourraient s'appliquer à tous les programmes du système de soins préhospitaliers d'urgence.

En l'absence d'autoréglementation en vertu de la LPSR, de meilleures possibilités de soins interprofessionnels permettraient aux ambulanciers paramédicaux d'améliorer le profil de leur profession parmi les pairs tout en accroissant la sécurité du public. Les points de vue des intervenants et les éléments probants provenant de la documentation se sont fédérés autour des soins interprofessionnels. Les intervenants ont exprimé l'intérêt et la préparation des ambulanciers paramédicaux à l'égard des possibilités accrues de soins interprofessionnels, et les éléments probants appuient les soins interprofessionnels à titre d'outil d'amélioration de la sécurité des patients. L'utilisation de façon constante de l'outil électronique des soins interprofessionnels de l'Ordre de réglementation des professionnels de la santé de l'Ontario (ORPSO), d'un outil similaire ou de ses principes directeurs améliorera la sécurité des patients ainsi que l'expérience des ambulanciers paramédicaux en matière de soins interprofessionnels. De même, il serait avantageux pour les ambulanciers paramédicaux et les patients, que soit élaboré un code de déontologie paramédical applicable à tous les praticiens.

Annexe A : À propos du CCRPS

Le CCRPS a été établi en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) et a l'obligation de conseiller la ministre de la Santé et des Soins de longue durée sur des sujets liés à la réglementation des professions de santé en Ontario. Ses fonctions consistent à conseiller la ministre sur diverses questions, notamment :

- la réglementation des professions de la santé;
- la déréglementation des professions de la santé;
- les modifications à la LPSR;
- les modifications à une loi sur les professions de la santé ou à un règlement découlant de ces lois;
- les questions liées aux programmes d'assurance de la qualité et de relations avec les patients ou les patientes mis sur pied par les ordres des professions de la santé;
- toute question concernant la réglementation des professions de la santé soumise au CCRPS par la ministre.

Lorsqu'il formule ses conseils et prépare ses recommandations, le CCRPS est indépendant de la ministre de la Santé et des Soins de longue durée, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, des ordres des professions de la santé réglementés et des associations des professions de la santé et des fournisseurs de soins, ainsi que des groupes concernés par les questions à propos desquelles il délibère. Ainsi, le CCRPS n'est pas tenu de nouer des alliances et est libre de tout conflit d'intérêts et en mesure d'exercer ses activités de manière juste et impartiale.

Le CCRPS présente ses recommandations dans un rapport remis à la ministre. Les recommandations ne sont que des conseils et la ministre n'est pas tenue de les accepter. Ce rapport est confidentiel. Cependant, la ministre peut décider de publier un rapport du CCRPS. Toute mesure de suivi est à la discrétion de la ministre. Si cette dernière décide d'accepter les conseils du CCRPS, il incombe au MSSLD de les mettre en œuvre conformément aux instructions du gouvernement.

Lors de l'élaboration de ses conseils à la ministre, le CCRPS s'efforce de faire en sorte que ses processus sont complets, opportuns et efficaces; et qu'ils sont fondés sur l'équité, la transparence et la prise de décision basée sur des preuves. Le CCRPS entreprend des recherches afin de recueillir des preuves pour ses conclusions, en s'appuyant sur les organismes et les personnes disposant de l'expertise adéquate, en Ontario comme ailleurs. Le CCRPS ajuste son processus de consultation en fonction de la question examinée.

Annexe B : Programme de consultation auprès d'ambulanciers paramédicaux et de préposés en soins médicaux d'urgence

Approche de consultation du CCRPS

Lorsque la ministre lui renvoie une question, le CCRPS s'efforce de déterminer les principales préoccupations d'intérêt public et tente de comprendre toutes les perspectives pertinentes entourant les questions. Chaque question renvoyée fait l'objet d'un processus comportant plusieurs étapes au cours duquel des renseignements et des réponses sont sollicités de la part de tous les intervenants, et souvent échangés avec eux. Le CCRPS procède à des examens de la documentation, des questions de compétence et de la jurisprudence, en plus de s'entretenir avec des informateurs clés. Des recherches et des analyses plus approfondies aident le CCRPS à déterminer si des renseignements supplémentaires sont requis.

Les observations des intervenants sont importantes pour le CCRPS lorsqu'il élabore ses recommandations à la ministre. Dans le cadre de son processus de consultation, le CCRPS informe et consulte les intervenants qui pourraient être touchés par ses recommandations, y compris les ordres de réglementation des professions de la santé, les associations professionnelles de la santé, les fournisseurs de soins de santé et le public. En général, les principes clés suivants sont utilisés dans l'élaboration du programme de consultation :

- l'inclusion des intervenants intéressés et des membres du public à un niveau de participation convenant à leurs besoins et à leurs intérêts;
- la souplesse de répondre à des questions imprévues et aux observations des intervenants tout au long de la période d'orientation;
- une attente selon laquelle le processus de consultation cristallise des thèmes généraux et met en évidence des questions inédites et imprévues. Il n'a pas été prévu que les données indiquent de façon massive et définitive un soutien ou une opposition à un sujet particulier. Les personnes sondées se sont portées volontaires pour participer au processus de consultation et peuvent ne pas être représentatives d'un groupe plus important;
- un engagement à l'égard de l'incorporation de questions, de préoccupations, d'observations et de perspectives soulevées au processus d'élaboration de recommandations;

- l'assurance que tous les documents de consultation sont disponibles dans les deux langues officielles (sur demande, le CCRPS fournira des renseignements sous des formes accessibles).

Le CCRPS pourrait s'entretenir avec certaines personnes et organisations s'il a besoin de renseignements supplémentaires pour achever son travail. Les personnes ou les organisations dotées d'une expertise reconnue ou ayant des intérêts dans la question peuvent être invitées, à la discrétion du CCRPS, pour faire des présentations ou présenter des rapports. Voir le tableau 1 pour une liste des organisations consultées pour la présente orientation.

Pour l'orientation des ambulanciers paramédicaux, le CCRPS a publié un lien sur son site Web. Les intervenants peuvent accéder au sondage par ce portail, envoyer une copie du sondage rempli au bureau du CCRPS ou présenter leurs points de vue dans une lettre.

Risque de préjudice

Le concept du risque de préjudice est essentiel à la protection du public; par conséquent, ce principe est étroitement lié à la LPSR.

Pour la présente orientation, le CCRPS a suivi l'approche suivante[232] du risque de préjudice dans son évaluation à savoir si la pratique paramédicale devrait être autoréglementée en vertu de la LPSR :

> L'expression « risque de préjudice » désigne des actions au cours desquelles des risques importants de dommages physiques ou mentaux pourraient résulter de l'exercice d'une profession. Ce critère a pour but de définir clairement le degré des dommages que pourraient causer la profession à la santé et la sécurité du public. En maîtrisant les risques potentiels dans ce contexte, le demandeur doit cerner les risques associés à l'exercice de la profession concernée, en les distinguant des risques inhérents au domaine des soins de santé propres à la profession.

Intérêt public

Le CCRPS croit que l'objectif principal de l'autoréglementation est la promotion de l'intérêt public (et non pas, par exemple, les intérêts de la profession). L'intérêt public est le fondement sur lequel tout le reste est construit. Il s'agit d'un précepte moral de base qui est maintenant consacré dans les codes de déontologie des professions de la santé et qui est appliqué par l'autoréglementation professionnelle. De celui-ci sont dérivés plusieurs principes législatifs qui reflètent un large consensus de valeurs sociales. Ces dernières comprennent la prévention de préjudice, la promotion du bien public, la reconnaissance de l'autonomie personnelle et le besoin d'adaptation au changement [233].

---

[232] CCRPS, *Réglementation d'une nouvelle profession de la santé en vertu de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées : Critères et processus.*

[233] CCRPS, *Un rapport provisoire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les mécanismes permettant de faciliter et de soutenir la collaboration interprofessionnelle entre les collègues régissant les*

La fonction de la ministre est aussi établie dans la LPSR : « garantir la réglementation et la coordination des professions de la santé dans l'intérêt public, l'établissement et le respect de normes d'exercice appropriées ainsi que la possibilité pour les particuliers d'avoir accès aux services des professions de la santé de leur choix et d'être traités avec sensibilité et respect dans leurs rapports avec les professionnels ou les professionnelles de la santé, les ordres et la Commission[234] ».

---

professions de la santé et les membres des professions de la santé réglementées, mars 2008, 3, http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/hprac_08/2_hprac_interpro_20080900f.pdf (lien consulté le 13 décembre 2013).

[234] *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, chap. 18, art. 3.

Tableau 1. Orientation des ambulanciers paramédicaux : Intervenants organisationnels

Genre	Organisme/Individu
Ordre professionnel	Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des podologues de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des chiropraticiens de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des technologues dentaires de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des denturologistes de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des diététistes de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des massothérapeutes de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des technologistes de laboratoire médical de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des technologues en radiation médicale de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des sages-femmes de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des opticiens de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des optométristes de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des psychologues de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre des pharmaciens de l'Ontario
Ordre professionnel	Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario
Ordre professionnel	Conseil transitoire de l'Ordre des praticiens en médecine traditionnelle chinoise et des acupuncteurs de l'Ontario
Ordre professionnel	Conseil transitoire de l'Ordre des homéopathes de l'Ontario
Ordre professionnel	Conseil transitoire de l'Ordre des kinésiologues de l'Ontario
Ordre professionnel	Conseil transitoire de l'Ordre des naturopathes de l'Ontario
Ordre professionnel	Conseil transitoire de l'Ordre des psychothérapeutes et des thérapeutes autorisés en santé mentale
Ordre professionnel	Conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de

Genre	Organisme/Individu
	médicaments – Naturopathie
Association professionnelle réglementée	Association des technologues dentaires de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association des sages-femmes de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association des denturologistes de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Les diététistes du Canada
Association professionnelle réglementée	L'Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association des laboratoires médicaux de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	L'Association ontarienne des technologues en radiation médicale
Association professionnelle réglementée	Naturopathic Doctors Ontario (anciennement Association des Naturopathes de l'Ontario)
Association professionnelle réglementée	Association des optométristes de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association des associés en psychologie de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association des orthophonistes et des audiologistes de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association chiropratique de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association des dentistes de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association des hygiénistes dentaires de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association des médecins de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association des opticiens de l'Ontario

Genre	Organisme/Individu
Association professionnelle réglementée	Association des pharmaciens de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association des physiothérapeutes de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association des podiatres de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association des Psychiatres de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Association de psychologie de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Société des podologues de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Société des technologues médicaux de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Société des ergothérapeutes de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Registered Massage Therapists' Association of Ontario
Association professionnelle réglementée	L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Association professionnelle réglementée	Registered Practical Nurses Association of Ontario
Association professionnelle réglementée	Société de la thérapie respiratoire de l'Ontario
Association professionnelle	Ontario Society of Diagnostic Medical Sonographers
Association professionnelle	Association canadienne des adjoints au médecin
Association professionnelle	Ontario Paramedic Association
Association professionnelle	Paramedic Association of Manitoba
Association professionnelle	L'Association professionnelle des paramédics du Québec
Association professionnelle	Paramedic Association of Newfoundland & Labrador
Autre ordre de réglementation des professionnels paramédicaux au Canada	Emergency Medical Assistants Licensing Board, ministère de la Santé, Colombie-Britannique

Genre	Organisme/Individu
Autre ordre de réglementation des professionnels paramédicaux au Canada	Alberta College of Paramedics
Autre ordre de réglementation des professionnels paramédicaux au Canada	Saskatchewan College of Paramedics
Autre ordre de réglementation des professionnels paramédicaux au Canada	Association des paramédics du Nouveau-Brunswick
Autre ordre de réglementation des professionnels paramédicaux au Canada	College of Paramedics of Nova Scotia
Organisme/Groupe	L'Association des paramédics du Canada
Organisme/Groupe	National Registry of Emergency Medical Technicians [États-Unis]
Organisme/Groupe	Association des services médicaux d'urgence des municipalités de l'Ontario
Organisme/Groupe	Association médicale canadienne
Organisme/Groupe	Association canadienne des médecins d'urgence
Organisme/Groupe	Society for Prehospital Educators in Canada
Organisme/Groupe	Association canadienne de traumatologie
Organisme/Groupe	National EMS Management Association
Organisme/Groupe	Association des pompiers professionnels de l'Ontario
Organisme/Groupe	Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada (DSMUC)
Organisme/Groupe	Association des hôpitaux de l'Ontario
Organisme/Groupe	Association des patients du Canada
Organisme/Groupe	Ontario Association of Paramedic Chiefs
Organisme/Groupe	Canadian Organization of Paramedic Regulators
Organisme/Groupe	Ontario Volunteer Emergency Squad
Organisme/Groupe	Association des paramédics de Toronto
RLISS	14 directeurs généraux de RLISS

Genre	Organisme/Individu
Directeurs généraux d'hôpital	Tous les directeurs généraux d'hôpital en Ontario
Établissements d'enseignement	Toutes les facultés des sciences de la santé et de médecine des universités de l'Ontario
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Algonquin
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Cambrian
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Canadian Career College – Campus de Sudbury
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Centennial
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Boréal
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Conestoga
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Confederation
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	CTS Canadian Career College
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme	Collège Durham

Genre	Organisme/Individu
paramédical	
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Fanshawe
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Fleming
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Georgian
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Humber
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	La Cité Collégiale
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Lambton
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Loyalist
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Niagara
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Northern
Établissements d'enseignement en Ontario	Ontario College of Health & Technology

Genre	Organisme/Individu
offrant un programme paramédical	
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège St. Clair
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège St. Lawrence
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Collège Trillium
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Ornge
Établissements d'enseignement en Ontario offrant un programme paramédical	Services médicaux d'urgence de Toronto
Hôpitaux principaux	Directeurs médicaux des hôpitaux principaux de l'Ontario
Fournisseurs de services	Fournisseurs de services médicaux d'urgence en Ontario
Fournisseurs de services	Fournisseurs de service aérien d'ambulance en Ontario
Syndicat	Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario (SEFPO)
Syndicat	Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)
MSSLD	Malcolm Bates, directeur des services de santé d'urgence du MSSLD
MSSLD	D[r] Anthony Campeau, directeur principal, Opérations, Direction des services de santé d'urgence, MSSLD
MSSLD	Richard Jackson, directeur de la surveillance du Programme d'ambulances aériennes
MSSLD	Ann Schrager, chef intérimaire, Mise en œuvre, accès aux soins et temps d'attente

Genre	Organisme/Individu
MSSLD	Rachel Kampus, directeur intérimaire de l'amélioration de la performance et de la conformité
Enseignement/Expertise	D[r] Samir Sinha, directeur de la gériatrie de l'Hôpital Mount Sinai et du Réseau universitaire de santé, expert responsable de la Stratégie des soins aux personnes âgées de l'Ontario

Questionnaire de consultation

Objectif du sondage

La ministre de la Santé et des Soins de longue durée, l'honorable Deb Matthews, a demandé au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) de déterminer si les ambulanciers paramédicaux et les préposés en soins médicaux d'urgence devraient être réglementés en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et, dans l'affirmative, quels en seraient le champ d'exercice, les actes et les titres autorisés appropriés.

Bon nombre d'organisations et de personnes possèdent une vaste expérience des soins de santé, de la réglementation des professions de la santé et de l'intérêt public, et s'y intéressent. Le CCRPS tient à s'assurer que cette expérience et cet intérêt sont pleinement reflétés dans notre processus de formulation de recommandations. Par conséquent, le CCRPS invite les parties intéressées à formuler des observations sur la proposition présentée par l'Ontario Paramedic Association (OPA) visant la réglementation des ambulanciers paramédicaux et des préposés en soins médicaux d'urgence en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR).

Les observations des intervenants seront affichées, conformément aux lignes directrices du CCPRS sur l'accès à l'information. Pour consulter les lignes directrices, visitez le site Web suivant : http://www.hprac.org/fr/privacy.asp.

Pour consulter la LPSR, voir le site Web suivant : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_91r18_f.htm.

Pour des renseignements détaillés sur le processus du CCRPS pour la réglementation d'une nouvelle profession de la santé en vertu de la LPSR, consultez le site Web suivant : http://www.hprac.org/fr/reports/otherresources.asp.

Coordonnées du participant

Nom (facultatif)

Téléphone (facultatif)

Adresse de courriel (facultative)

Emplacement géographique (faire une sélection)

- ☐ Ontario
- ☐ Alberta
- ☐ Colombie-Britannique
- ☐ Manitoba
- ☐ Nouveau-Brunswick
- ☐ Terre-Neuve-et-Labrador
- ☐ Nouvelle-Écosse
- ☐ Île-du-Prince-Édouard
- ☐ Québec
- ☐ Saskatchewan
- ☐ Territoires du Nord-Ouest
- ☐ Nunavut
- ☐ Yukon
- ☐ International

Je réponds

- ☐ À titre individuel
- ☐ Au nom d'une organisation

Type d'occupation principale (faire une sélection)

- ☐ Professionnel de la santé réglementé
- ☐ Membre d'une profession à la recherche d'une réglementation (ambulancier paramédical ou auxiliaire médical d'urgence, p. ex.)
- ☐ Membre d'une profession en voie d'être réglementée (c'est-à-dire un futur membre d'un ordre réglementé d'homéopathes, de naturopathes ou de psychothérapeutes).
- ☐ Représentant ou employé d'un établissement d'enseignement
- ☐ Représentant ou employé d'un groupe ou d'une association d'intérêt général
- ☐ Représentant ou employé d'un ministère ou d'une agence gouvernemental
- ☐ Représentant ou employé d'un ordre réglementé
- ☐ Représentant ou employé d'un groupe d'intérêt du secteur de la santé
- ☐ Représentant ou employé d'un organisme de services de santé
- ☐ Représentant ou employé d'un réseau local d'intégration des services de santé (RLISS)
- ☐ Représentant ou employé d'une association professionnelle de la santé réglementée

☐ Représentant ou employé d'une association professionnelle de la santé non réglementée

☐ Professionnel de la santé non réglementé

☐ Autres

Membre d'un ordre de la santé réglementé (s'il y a lieu)

☐ Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario

☐ Ordre des podologues de l'Ontario

☐ Ordre des chiropraticiens de l'Ontario

☐ Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario

☐ Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario

☐ Ordre des technologues dentaires de l'Ontario

☐ Ordre des denturologistes de l'Ontario

☐ Ordre des diététistes de l'Ontario

☐ Ordre des kinésiologues de l'Ontario

☐ Ordre des massothérapeutes de l'Ontario

☐ Ordre des technologistes de laboratoire médical de l'Ontario

☐ Ordre des technologues en radiation médicale de l'Ontario

☐ Ordre des sages-femmes de l'Ontario

☐ Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

☐ Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario

☐ Ordre des opticiens de l'Ontario

☐ Ordre des optométristes de l'Ontario

☐ Ordre des pharmaciens de l'Ontario

☐ Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario

☐ Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario

☐ Ordre des psychologues de l'Ontario

☐ Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario

☐ Ordre des praticiens en médecine traditionnelle chinoise et des acupuncteurs de l'Ontario

Type d'employeur/organisation (faire une sélection)

☐ Établissement d'enseignement

☐ Groupe ou association d'intérêt général

☐ Ministère ou agence gouvernemental

☐ Ordre réglementé de profession de la santé

☐ Groupe ou association d'intérêt dans le secteur de la santé

☐ Organisme de services de santé

☐ Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS)

☐ Association de professionnels de la santé réglementée

☐ Association de professionnels de la santé non réglementée

☐ Autres

☐ Sans objet

Nom de l'organisation (facultatif)

Critères et processus décisionnel du CCRPS

Le CCRPS emploie une évaluation en deux parties comme moyen de déterminer s'il recommande ou non la réglementation d'une profession de la santé.

Les critères primaires permettent de déterminer si la profession de la santé pour laquelle une réglementation est demandée présente un risque de préjudice pour la santé et la sécurité du public. Ces critères agissent comme un mécanisme de blocage : le demandeur doit atteindre un seuil du risque de préjudice en présentant un argument solide et fondé sur des preuves qui permet de conclure qu'il y a un risque de préjudice pour le public si la profession demeure non réglementée.

Une fois que la demande atteint le seuil de risque de préjudice, la mesure dans laquelle elle satisfait aux critères secondaires est alors évaluée. Le CCRPS applique des critères secondaires afin d'évaluer la pertinence de la réglementation en vertu de la LPSR. Ce niveau d'évaluation souligne des facteurs particuliers à la profession et détermine si une réglementation en vertu de la LPSR est en fait le meilleur moyen de protéger le public.

Intérêt public

Le principe fondamental de réglementation des professions de la santé en vertu de la LPSR est de protéger le public de tout préjudice lorsque des soins de santé sont prodigués.

L'article 3 de la LPSR énonce qu'« [Il incombe au ministre de garantir] la réglementation et la coordination des professions de la santé dans l'intérêt public, l'établissement et le respect de normes d'exercice appropriées ainsi que la possibilité pour les particuliers d'avoir accès aux services des professions de la santé de leur choix et d'être traités avec sensibilité et respect ».

Lorsqu'une profession est réglementée en vertu de la LPSR, l'ordre professionnel auquel elle appartient est tenu de servir et de protéger l'intérêt public dans l'exécution de ses obligations légales.

1) **L'OPA a-t-elle démontré de façon convaincante que la réglementation des ambulanciers paramédicaux et des préposés en soins médicaux d'urgence en vertu de la LPSR est dans l'intérêt public?**

☐ Oui

☐ Non

Critères primaires du CCRPS

Les critères primaires du CCRPS servent à déterminer si la profession de la santé qui cherche à être réglementée en vertu de la LPSR présente un risque pour la santé et la sécurité du public, et

s'il est dans l'intérêt public que cette profession soit réglementée en vertu de la LPSR.

2) L'OPA a-t-elle démontré, preuves à l'appui, que les ambulanciers paramédicaux et les préposés en soins médicaux d'urgence présentent un risque de préjudice pour la santé et la sécurité du public si la profession n'est pas réglementée en vertu de la LPSR?

☐ Oui (passez à 3a)

☐ Non (passez à 3b)

3a) Les énoncés suivants décrivent certains des facteurs que le CCRPS prend en considération lorsqu'il prépare sa recommandation. (Des observations supplémentaires peuvent être formulées à la question 8.)

Indiquez par ordre d'importance les TROIS principaux énoncés, en leur attribuant les chiffres 1 à 3 (1 étant le plus important), qui appuient le mieux votre réponse à la question précédente (c.-à-d. que l'OPA a démontré, preuves à l'appui, que les ambulanciers paramédicaux et les préposés en soins médicaux d'urgence présentent un risque de préjudice pour la santé et la sécurité du public si la profession n'est pas réglementée en vertu de la LPSR).

____ Les activités de la profession présentent un risque potentiel important de préjudice physique ou mental pour le public.

____ La structure de surveillance actuelle, y compris la supervision directe et indirecte, ne protège pas suffisamment le public contre le risque de préjudice.

____ La profession prend des décisions ou pose des jugements qui peuvent avoir une incidence importante sur la santé physique ou mentale des patients.

____ L'environnement d'exercice de la profession donne lieu à un risque potentiel important de préjudice physique ou mental pour le public.

____ Des preuves suffisantes ont été présentées concernant le risque de préjudice.

____ La réglementation est nécessaire en raison de la vulnérabilité de la population des patients.

____ Le taux et la nature des plaintes de préjudice relative à cette profession démontrent clairement que la réglementation en vertu de la LPSR est nécessaire.

____ La réglementation est nécessaire en raison du fait que l'exercice de cette profession comprend l'exécution d'actes contrôlés.

____ Des modifications récentes de l'exercice de la profession, comme les modifications des traitements ou de la technologie, démontrent clairement que la réglementation en vertu de la LPSR est nécessaire.

____ Autre

3b) Les énoncés suivants décrivent certains des facteurs que le CCRPS prend en considération lorsqu'il prépare sa recommandation. (Des observations supplémentaires peuvent être formulées à la question 8.)

Indiquez par ordre d'importance les TROIS principaux énoncés, en leur attribuant les chiffres 1 à 3 (1 étant le plus important), qui appuient le mieux votre réponse à la question précédente (c.-à-d. que l'OPA n'a pas démontré, preuves à l'appui, que les ambulanciers paramédicaux et les préposés en soins médicaux d'urgence présentent un risque de préjudice pour la santé et la sécurité du public si la profession n'est pas réglementée en vertu de la LPSR).

____Les activités de la profession ne présentent pas de risque potentiel important de préjudice physique ou mental pour le public.

____La structure de surveillance actuelle, y compris la supervision directe et indirecte, protège suffisamment le public contre le risque de préjudice.

____La profession ne prend pas de décisions ni ne pose de jugements qui peuvent avoir une incidence importante sur la santé physique ou mentale des patients.

____L'environnement d'exercice de la profession ne donne pas lieu à un risque potentiel important de préjudice physique ou mental pour le public.

____Des preuves insuffisantes ont été présentées concernant le risque de préjudice.

____La population des patients de la profession n'a pas besoin de protection particulière.

____Le taux et la nature des plaintes de préjudice relative à cette profession démontrent clairement que la réglementation en vertu de la LPSR n'est pas nécessaire.

____En ce qui concerne l'exécution des actes contrôlés, la réglementation n'offre pas de protection importante additionnelle contre le risque.

____Des modifications récentes de l'exercice de la profession, comme les modifications des traitements ou de la technologie, démontrent clairement que la réglementation en vertu de la LPSR n'est pas nécessaire.

____Autre

4) **Indiquez votre niveau d'accord avec chacun des énoncés ci-après. Fondez votre réponse sur les preuves offertes par le demandeur**.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	D'accord	Fortement d'accord
Les activités de la profession présentent un risque potentiel important de préjudice physique ou mental pour le public.					
La structure de surveillance actuelle protège suffisamment le public contre le risque de préjudice.					
La profession prend des décisions ou pose des jugements qui peuvent avoir une incidence importante sur la santé physique ou mentale des patients.					
L'environnement d'exercice de la profession donne lieu à un risque potentiel important de préjudice physique ou mental pour le public.					
Des preuves suffisantes ont été présentées concernant le risque de préjudice.					
La réglementation est nécessaire en raison de la vulnérabilité de la population des patients.					
Le taux et la nature des plaintes de préjudice relative à cette profession démontrent clairement que la réglementation en vertu de la LPSR est nécessaire.					
La réglementation est nécessaire en raison du fait que l'exercice de cette profession comprend l'exécution d'actes contrôlés.					
Des modifications récentes de l'exercice de la profession, comme les modifications des traitements ou de la technologie, démontrent clairement que la réglementation en vertu de la LPSR est nécessaire.					

Critères secondaires du CCRPS

Les critères secondaires du CCRPS servent à déterminer la pertinence de la réglementation en vertu de la LPSR. Les critères :

- ont un poids égal;
- mettent l'accent sur les facteurs particuliers à la profession et déterminent si une réglementation en vertu de la LPSR est en fait le moyen le plus approprié et efficace de

protéger le public;

- aident les demandeurs à mieux comprendre où se situent les exigences en matière de réglementation et, ce faisant, donnent une indication des enjeux qui préoccupent le CCRPS;
- visent à cerner d'autres facteurs prépondérants qui doivent être abordés afin de déterminer si la réglementation en vertu de la LPSR est dans l'intérêt du public;
- ne visent pas à créer un obstacle qui empêche la réglementation en vertu de la LPSR d'une profession qui répond aux critères primaires.

5) L'OPA a-t-elle démontré de façon convaincante que la réglementation en vertu de la LPSR est appropriée pour la profession?

Oui (passez à 6a) ☐

Non (passez à 6b)☐

6a) Les énoncés suivants décrivent certains des facteurs que le CCRPS prend en considération lorsqu'il prépare sa recommandation. (Des observations supplémentaires peuvent être formulées à la question 8.)

Indiquez par ordre d'importance les CINQ principaux énoncés, en leur attribuant les chiffres 1 à 5 (1 étant le plus important), qui appuient le mieux votre réponse à la question précédente (c.-à-d. que l'OPA a démontré de façon convaincante que la réglementation en vertu de la LPSR est appropriée pour la profession).

____Dans une large mesure, les membres de la profession exercent un jugement professionnel autonome dans la prestation des soins.

____Les membres de la profession ont une scolarité suffisante pour posséder les aptitudes et les compétences nécessaires pour prodiguer des soins sécuritaires et compétents dès l'entrée dans la profession.

____L'exercice de la profession est appuyé par un corps distinct de connaissances fondées sur des éléments probants.

____Les membres de la profession peuvent soutenir financièrement les coûts permanents et les responsabilités liés à la réglementation.

____En comparaison avec d'autres mécanismes de réglementation, la réglementation en vertu de la LPSR est le moyen le plus approprié de surveiller la profession.

____La direction et les membres de la profession ont démontré qu'ils peuvent appuyer le mandat d'intérêt public de réglementation en vertu de la LPSR, et ils s'y sont engagés.

____La profession a fait preuve d'une volonté et d'une capacité de collaborer de façon efficace avec d'autres professions.

____En ce qui concerne la mobilité de la main-d'œuvre, la réglementation aura une incidence positive sur l'offre et la demande d'ambulanciers paramédicaux et de préposés en soins médicaux d'urgence.

____La réglementation de la profession accroîtra l'accès à des soins sécuritaires de grande qualité.

____La réglementation aura une incidence positive sur la productivité des ressources humaines de la santé (p. ex., des économies seront réalisées, comme la réduction du fardeau des salles d'urgence, l'accroissement des capacités des médecins et la réduction des temps d'attente).

____La réglementation améliorera les résultats de santé des patients (c.-à-d. résultats cliniques, psychosociaux ou liés à la qualité de vie).

____Des preuves suffisantes ont été présentées concernant la pertinence de la réglementation.

____Le processus actuel de certification des membres de la profession n'est pas adéquat.

____Les procédures et les processus actuels de supervision et de surveillance sont insuffisants.

____Lorsque les ambulanciers paramédicaux et les préposés en soins médicaux d'urgence prodiguent des soins conjointement avec des professionnels de la santé réglementés, le processus en place pour déterminer leurs rôles et leurs responsabilités respectifs n'est pas adéquat.

____Autre

6b) Les énoncés suivants décrivent certains des facteurs que le CCRPS prend en considération lorsqu'il prépare sa recommandation. (Des observations supplémentaires peuvent être formulées à la question 8.)

Indiquez par ordre d'importance les CINQ principaux énoncés, en leur attribuant les chiffres 1 à 5 (1 étant le plus important), qui appuient le mieux votre réponse à la question précédente (c.-à-d. que l'OPA n'a pas démontré de façon convaincante que la réglementation en vertu de la LPSR est appropriée pour la profession).

____Les membres de la profession n'exercent pas de jugement professionnel autonome dans la prestation des soins, ou ils le font dans une mesure limitée.

____Les membres de la profession n'ont pas une scolarité suffisante pour posséder les aptitudes et les compétences nécessaires pour prodiguer des soins sécuritaires et compétents dès l'entrée dans la profession.

____L'exercice de la profession n'est pas appuyé par un corps distinct de connaissances fondées sur des éléments probants.

____Les membres de la profession ne peuvent pas soutenir financièrement les coûts permanents et les responsabilités liés à la réglementation.

____En comparaison avec d'autres mécanismes de réglementation, la réglementation en vertu de la LPSR n'est pas le moyen le plus approprié de surveiller la profession.

____La direction et les membres de la profession n'ont pas démontré qu'ils peuvent appuyer le mandat d'intérêt public de réglementation en vertu de la LPSR, et qu'ils s'y sont engagés.

____La profession n'a pas fait preuve d'une volonté et d'une capacité de collaborer de façon efficace avec d'autres professions.

____En ce qui concerne la mobilité de la main-d'œuvre, la réglementation aura une incidence négative sur l'offre et la demande d'ambulanciers paramédicaux et de préposés en soins médicaux d'urgence.

____La réglementation de la profession n'accroîtra pas l'accès à des soins sécuritaires de grande qualité.

____La réglementation aura une influence neutre ou négative sur la productivité des ressources humaines de la santé (p. ex., incidence minimale sur la réduction du fardeau des salles d'urgence, l'accroissement des capacités des médecins et la réduction des temps d'attente).

____La réglementation n'améliorera pas les résultats de santé des patients (c.-à-d. résultats cliniques, psychosociaux ou liés à la qualité de vie).

____Des preuves insuffisantes ont été présentées concernant la pertinence de la réglementation.

____Le processus actuel de certification des membres de la profession est adéquat.

____Les procédures et les processus actuels de supervision et de surveillance sont suffisants.

____Lorsque les ambulanciers paramédicaux et les préposés en soins médicaux d'urgence prodiguent des soins conjointement avec des professionnels de la santé réglementés, le processus en place pour déterminer leurs rôles et leurs responsabilités respectifs est adéquat.

____Autre

7) Indiquez votre niveau d'accord avec chacun des énoncés ci-après. Fondez votre réponse sur les preuves offertes par le demandeur.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	D'accord	Fortement d'accord
Dans une large mesure, les membres de la profession exercent un jugement professionnel autonome dans la prestation des soins.					
Les membres de la profession ont une scolarité suffisante pour posséder les aptitudes et les compétences nécessaires pour prodiguer des soins sécuritaires et compétents dès l'entrée dans la profession.					
L'exercice de la profession est appuyé par un corps distinct de connaissances fondées sur des éléments probants.					
Les membres de la profession peuvent soutenir financièrement les coûts permanents et les					

	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	D'accord	Fortement d'accord
responsabilités liés à la réglementation.					
En comparaison avec d'autres mécanismes de réglementation, la réglementation en vertu de la LPSR est le moyen le plus approprié de surveiller la profession.					
La direction et les membres de la profession ont démontré qu'ils peuvent appuyer le mandat d'intérêt public de réglementation en vertu de la LPSR, et ils s'y sont engagés.					
La profession a fait preuve d'une volonté et d'une capacité de collaborer de façon efficace avec d'autres professions.					
En ce qui concerne la mobilité de la main-d'œuvre, la réglementation aura une incidence positive sur l'offre et la demande d'ambulanciers paramédicaux et de préposés en soins médicaux d'urgence.					
La réglementation de la profession accroîtra l'accès à des soins sécuritaires de grande qualité.					
La réglementation aura une incidence positive sur la productivité des ressources humaines de la santé (p. ex. des économies seront réalisées, comme la réduction du fardeau des salles d'urgence, l'accroissement des capacités des médecins et la réduction des temps d'attente).					
La réglementation améliorera les résultats de santé des patients (c.-à-d. résultats cliniques, psychosociaux ou liés à la qualité de vie).					
Des preuves suffisantes ont été présentées concernant la pertinence de la réglementation.					
Le processus actuel de certification des membres de la profession est adéquat.					
Les procédures et les processus actuels de supervision et de surveillance sont suffisants.					
Lorsque les ambulanciers paramédicaux et les préposés en soins médicaux d'urgence prodiguent des soins conjointement avec des professionnels de la santé réglementés, le processus en place pour déterminer leurs rôles et leurs responsabilités respectifs est adéquat.					

8) Avez-vous d'autres observations générales?

Accès à l'information

Le CCRPS examinera les observations présentées et se fondera sur celles-ci pour déterminer les recommandations appropriées à formuler à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Afin d'assurer la transparence et de favoriser un dialogue libre, la rétroaction reçue peut être affichée sur le site Web du CCRPS, conformément à la politique de confidentialité que l'on peut trouver à l'adresse suivante : http://www.hprac.org/fr/privacy.asp.

À moins qu'une demande ne soit faite au CCRPS et accordée, les renseignements et les observations reçus par les organismes sont considérés comme étant de l'information publique que le CCRPS peut utiliser et divulguer. Le CCRPS peut divulguer des documents ou des observations, ou des résumés de ceux-ci, à d'autres parties intéressées (pendant et après la période de consultation). On considère qu'une personne qui dépose une proposition dans laquelle elle indique une affiliation à un organisme donné présente sa proposition au nom de cet organisme affilié.

Si aucune affiliation avec un organisme n'est indiquée, le CCRPS ne divulgue aucun renseignement personnel contenu dans la proposition d'une personne sans l'autorisation de cette dernière, à moins d'y être tenu par la loi. Toutefois, le CCRPS peut utiliser et divulguer le contenu de la proposition de la personne si cela l'aide à s'acquitter du mandat qui lui est conféré par la loi.

Le CCRPS se réserve le droit, à sa seule discrétion, de refuser d'afficher, en totalité ou en partie, une proposition qui n'est pas pertinente à la question à l'examen ou si elle comporte des propos injurieux, obscènes, malveillants, menaçants ou diffamatoires. Si vous avez des questions concernant la collecte de ces renseignements, vous pouvez communiquer par téléphone avec le CCRPS en composant le 416 326-1550.

Annexe C : Demande de l'OPA

Demande du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

Réglementation de la profession d'ambulancier paramédical en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

13 mars 2013

ONTARIO PARAMEDIC ASSOCIATION

Table des matières

Introduction 1
Risque de préjudice 4
Description générale des services fournis par les ambulanciers paramédicaux 4
Modalités diagnostiques 6
Domaines d'exercice de l'ambulancier paramédical 7
Actes comportant un risque de préjudice pour les patients 12
Risque pour la sécurité des patients découlant de la réglementation insuffisante des ambulanciers paramédicaux « non autorisés » 15
Nombre et nature des plaintes pour préjudice 16
Effet projeté de la réglementation selon la LPSR sur le risque de préjudice actuel 17
Mécanismes en place pour assurer la prestation sécuritaire de soins de santé par les ambulanciers paramédicaux 18
Supervision 20
Apport des percées en matière de technologie et de traitement quant au risque de préjudice 20
Assurance responsabilité civile 21
Mesures prises pour déterminer la nécessité de la réglementation pour protéger le public 21
Titres professionnels 22
Circonstances exigeant l'aiguillage vers un autre professionnel de la santé 23
Autonomie professionnelle 23
Pratique autonome 23
Reddition de comptes 24
Exécution d'actes autorisés par délégation 24
Exigences de formation pour accéder à la pratique 28
Programmes offerts en Ontario 28
Programmes reconnus 31
Exigences en matière de diplômes et attestations 33
Niveaux d'inscription 35
Ensemble de connaissances et champ d'exercice 35
Chevauchements avec d'autres professions réglementées 38

Pratique basée sur des données probantes 39

Normes de pratique établies par l'OPA ou par d'autres organismes 43

Perfectionnement professionnel continu 43

Champ de pratique proposé 43

Incidence économique de la réglementation 44

Plan d'affaires d'un éventuel ordre des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario 44

Conséquences économiques et financières 44

Coûts pour les employeurs 46

Coûts en temps pour les professionnels 47

Mécanismes réglementaires 47

Réglementation des ambulanciers paramédicaux selon leur propre ordre 47

Autres formes de réglementation 49

Lois dans les autres provinces et territoires 49

Capacité des dirigeants à favoriser l'intérêt public, l'appui des membres et la volonté de la profession à s'autoréglementer 49

Procédures disciplinaires et relatives aux plaintes 50

Sondage auprès des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario sur l'autoréglementation 51

Appui d'organisations connexes 52

Nombre d'ambulanciers paramédicaux en Ontario 52

Harmonisation avec un ordre de réglementation existant 53

Structure de coût proposé 53

Répercussions sur le système de santé 53

Collaboration interprofessionnelle 53

Mobilité de la main-d'œuvre 56

Accès aux soins 57

Productivité des ressources humaines du secteur de la santé 58

Résultats sur la santé 58

Annexes 60

Annexe A Glossaire 60

Annexe B Références 62

Annexe C	*Plan d'affaires d'un éventuel ordre des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario*	74
Annexe D	*Législation dans les autres provinces et territoires*	78
Annexe E	*Code de déontologie de l'Ontario Paramedic Association*	81
Annexe F	*Sondage sur l'appui à l'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario mené par l'Ontario Paramedic Association (2013)*	82
Annexe G	*Lettres d'appui*	94

DEMANDE DE L'ONTARIO PARAMEDIC ASSOCIATION POUR LA RÉGLEMENTATION DES AMBULANCIERS *PARAMÉDICAUX SELON LA LPSR, 1991*

Introduction

> Les personnes responsables et expérimentées qui exercent une profession ou occupent un emploi et auxquelles on accorde le pouvoir d'autoréglementation sont les mieux placées pour déterminer les normes et les qualités requises pour s'acquitter de leurs fonctions [traduction libre] (Casey, 2005, p. 16-1).

La reconnaissance du pouvoir d'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical, en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR), fait l'objet de discussions depuis de nombreuses années, au moins depuis la publication, en 1998, du rapport du groupe de travail sur la transition des services d'ambulance terrestre (GTTSAT), qui recommandait l'autoréglementation pour « combler la principale lacune du cadre réglementaire des services ambulanciers » (1998, p. 7). [traduction libre] La recommandation du GTTSAT était motivée par la volonté de faire reconnaître :

- le besoin accru d'un système de gestion décentralisé pour la formation et la réglementation des ambulanciers paramédicaux afin d'assurer l'intégration et la responsabilisation;
- la nécessité d'actualiser le statut et les responsabilités des ambulanciers paramédicaux en fonction de l'évolution de la nature de leur travail (qu'il s'agisse du fournisseur de services de transport sans formation ou du professionnel de la santé hautement qualifié);
- la nécessité de corriger une incohérence, soit le fait que des professionnels qui pratiquent des interventions non effractives (comme les opticiens) soient membres d'une profession réglementée, alors que les ambulanciers paramédicaux, à qui l'on délègue pourtant le pouvoir d'administrer des médicaments puissants et de pratiquer des interventions effractives, ne le soient pas.
- la nature de la responsabilité qui incombe aux ambulanciers paramédicaux de décider des soins préhospitaliers et des mesures à prendre à l'égard de patients en détresse ou inconscients (1998, p. 7).

En fait, ces besoins sont simplement devenus plus criants qu'à l'époque de la publication du rapport du GTTSAT, car l'exercice de la profession d'ambulancier paramédical poursuit son évolution, et le contexte de la prestation des soins pose sans cesse de nouveaux défis. Il suffit de penser aux récentes initiatives canadiennes et étrangères pour lancer des programmes de soins paramédicaux communautaires (Nolan, Hillier et D'Angelo, 2012).

Lorsque l'on examine la question de la réglementation de la profession d'ambulancier paramédical en vertu de la LPSR, il est essentiel d'être conscient qu'à l'heure actuelle les ambulanciers paramédicaux « autorisés »[1] (qui travaillent pour des fournisseurs de services paramédicaux ou des SMU) en Ontario *ne sont pas* dépourvus de tout cadre réglementaire (hormis ceux qui ne travaillent pas pour un fournisseur de SMU, même s'ils satisfont aux exigences de formation et aux critères d'accréditation de la DSSU du MSSLD). Au contraire, aux termes de la *Loi sur les ambulances* (1990), la profession est lourdement réglementée par la DSSU du MSSLD, à la fois directement et indirectement par leur employeur (le fournisseur de SMU) et par le programme de l'hôpital principal, qui sont liés par une convention de performance. La présente demande d'autoréglementation doit donc être comprise comme une demande de *transformation* du cadre réglementaire des ambulanciers paramédicaux, non comme une demande d'instauration d'un tel système. Les conditions d'exercice des ambulanciers paramédicaux « autorisés » sont réglementées en vertu de la *Loi sur les ambulances* (les actes que les ambulanciers paramédicaux sont autorisés à exécuter sont énoncés dans le *Règlement de l'Ontario 257/00*). En effet, l'exercice de la profession d'ambulancier paramédical comporte précisément le risque de préjudice qui doit être présent pour que le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) étudie les autres critères pertinents à l'autoréglementation. Autrement dit, le cadre réglementaire actuel des ambulanciers paramédicaux « autorisés » en Ontario et le système d'autoréglementation (profession réglementée, en vertu de la LPSR, par un ordre) ont la même raison d'être et le même but : protéger l'intérêt public.

La présente demande vise à démontrer que l'autoréglementation par un ordre des ambulanciers paramédicaux, en vertu de la LPSR, protégerait plus efficacement l'intérêt public et favoriserait une collaboration féconde entre les ambulanciers paramédicaux et les membres d'autres professions de la santé réglementées. Premièrement, l'autoréglementation élargirait l'accès aux soins de santé en ne limitant pas la prestation de services aux seuls ambulanciers paramédicaux inscrits qui sont au service de fournisseurs de SMU (Nolan, Hillier et D'Angelo, 2012). Compte tenu des contraintes auxquelles fait face l'Ontario sur le plan des ressources humaines en santé (à l'instar de maintes régions développées) et de la disponibilité de nouveaux ambulanciers paramédicaux accrédités par la DSSU du MSSLD (environ 750 par an), les praticiens et les établissements de formation pourraient, grâce à l'autoréglementation, consacrer temps, argent et effort à mieux répondre aux besoins en soins de santé des citoyens ontariens.

[1] La terminologie du système de réglementation actuel de l'Ontario relativement aux ambulanciers paramédicaux diffère de celle de la LPSR, en plus de ne pas être uniforme. L'« accréditation » et l'« inscription » des ambulanciers paramédicaux relèvent de la Direction des services de santé d'urgence (DSSU) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), mais ces statuts n'habilitent pas les ambulanciers paramédicaux à exercer la profession, en particulier à exécuter des actes autorisés. Un ambulancier paramédical ne peut exécuter des actes autorisés que s'il travaille pour le compte d'un service d'ambulance (SMU ou service paramédical) et s'il a obtenu une « accréditation » du directeur médical d'un programme de l'hôpital principal, ce qui s'apparente à une « inscription » au sens où l'utilisent les ordres professionnels aux termes de la LPSR. Les ambulanciers paramédicaux qui ne sont pas au service d'un fournisseur de services médicaux d'urgence (SMU) ne peuvent obtenir cette accréditation. Ainsi, les termes « accréditation » et « accrédité » sont ambigus dans ce contexte, alors que le sens des termes « inscription » et « inscrit » diffère de celui qu'en donne la LPSR, dans laquelle ces derniers remplacent l'utilisation d'« autorisation » (licence) que l'on trouve dans *la Health Disciplines Act, 1974*, remplacée par la LPSR. Pour alléger le texte, les ambulanciers paramédicaux qui sont au service d'un fournisseur de SMU participant à un programme de l'hôpital principal sont désignés dans la présente demande par le terme « autorisé », et les ambulanciers paramédicaux qui ne sont pas au service d'un fournisseur de SMU, par le terme « non autorisé », tous deux entre guillemets. Quant au terme « ambulancier paramédical inscrit », il désigne dans ce texte *tous* les ambulanciers paramédicaux qui, en vertu de la LPSR, sont réglementés par un ordre des ambulanciers paramédicaux.

Deuxièmement, l'autoréglementation élargirait le bassin de fournisseurs de soins de santé. Les ambulanciers paramédicaux inscrits pourraient désormais fournir, hors des milieux préhospitaliers (comme dans les cliniques communautaires), des services de santé dans leur champ d'exercice (notamment l'exécution d'actes autorisés). L'autoréglementation leur donnerait aussi l'occasion d'exercer régulièrement leurs habiletés cliniques par la prestation de services prévisibles, par opposition à la nature imprévisible des services d'urgence fournis sur appel, qui nécessitent parfois l'exécution d'actes présentant un risque élevé (Vrotsos, Pirrallo, Guse et Aufderheide, 2008).

Troisièmement, l'autoréglementation permettrait d'insister sur la responsabilité qui incombe aux ambulanciers paramédicaux de maintenir leurs compétences et d'accroître leurs connaissances en médecine et dans d'autres domaines connexes. Le système actuel de formation médicale continue et de renouvellement d'accréditation est très normatif et essentiellement technique. Il repose en grande partie sur des cours et est axé sur le renouvellement annuel de l'accréditation. En revanche, les membres des professions de la santé autoréglementées (médecins, infirmiers et infirmières) ont beaucoup plus de latitude en matière de maintien et de perfectionnement (compétences et connaissances). Nous touchons là un aspect fondamental, bien que trop souvent sous-estimé, de l'autoréglementation : il s'agit tout autant de la réglementation par la *profession* elle-même que de la réglementation par les *professionnels* eux-mêmes. Autrement dit, le privilège d'autoréglementation est accordé par le gouvernement directement à l'ordre professionnel et indirectement aux praticiens. Une des principales préoccupations exprimées par des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario à propos de l'autoréglementation est qu'elle alourdirait un système que d'aucuns considèrent déjà comme très complexe. L'Ontario Paramedic Association (OPA) estime pour sa part que l'autoréglementation par l'intermédiaire d'un ordre des ambulanciers paramédicaux, en vertu de la LPSR, réduira la bureaucratie et permettra de mieux protéger le public, d'améliorer l'exercice de la profession d'ambulancier paramédical dans toute la province et d'harmoniser la profession avec le système de soins de santé.

Encore une fois, la présente demande d'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical est motivée par la complexité et l'inefficacité du système de réglementation actuel, et le fait qu'il exclut les ambulanciers paramédicaux qui exercent hors du cadre des fournisseurs de SMU. Par conséquent, le système ne protège pas entièrement le public et ne suit pas la réglementation des professions médicales apparentées. L'OPA juge que les précisions fournies dans cette demande témoignent de la nécessité d'actualiser le statut et les responsabilités des ambulanciers paramédicaux en fonction de l'évolution de la nature de leur travail.

Notons que la présente demande ne vise pas les répondants médicaux d'urgence (RMU) au sens du Profil national des compétences professionnelles (PNCP). L'OPA estime que l'inclusion des RMU dans un éventuel ordre des ambulanciers paramédicaux n'est pas pertinente, car leurs normes de pratiques n'atteignent pas le seuil de risque de préjudice associé à l'autoréglementation en vertu de la LPSR. Ainsi, les RMU ne peuvent exécuter des actes autorisés[2].

Risque de préjudice

Description générale des services fournis par les ambulanciers paramédicaux

Voici, en termes généraux, les services qu'assurent les ambulanciers paramédicaux : triage; évaluation initiale et régulière du patient et établissement d'un diagnostic d'après ses antécédents, un examen physique et divers tests; traitement et intervention thérapeutiques pour stabiliser le patient par des méthodes effractives ou autres; gestion des lieux; déplacement et transport du patient. Ces services sont essentiellement fournis à l'extérieur de l'hôpital, bien qu'on ait commencé à les offrir également dans des milieux non traditionnels.

Le *Cahier des normes du programme* intitulé « Soins paramédicaux du ministère de la Formation et des Collèges et Universités (MFCU) » de l'Ontario décrit comme suit la pratique paramédicale :

> La pratique des soins paramédicaux requiert une grande précision, fait appel au sens des responsabilités et est fondée sur la bienveillance et la compassion. [...] La fonction paramédicale exige un effort physique important et entraîne un stress considérable [...].
>
> La capacité d'agir de façon autonome, tout en travaillant en collaboration avec les patients, les autres ambulanciers paramédicaux, les autres membres du personnel des services d'urgence, les répartiteurs d'ambulances, les médecins, le personnel infirmier et d'autres employés paramédicaux, est essentielle à la pratique paramédicale. L'aptitude à communiquer efficacement avec les patients et leurs familles dans des situations pénibles est essentielle pour exercer comme ambulancier paramédical. (MFCU, 2008, p. 4)

Les services paramédicaux sont offerts en fonction des compétences et des normes applicables au niveau d'un ambulancier paramédical. En Ontario, comme dans les autres provinces et territoires du Canada, la profession d'ambulancier paramédical comporte trois niveaux : ambulancier paramédical de premier niveau (APPN), ambulancier paramédical de niveau avancé (APNA) et ambulancier paramédical de niveau spécialisé (APNS). Chaque niveau englobe les compétences et les aptitudes du

[2] Soulignons qu'un répondant médical d'urgence n'est pas un ambulancier, terme utilisé dans la *Loi sur les ambulances* pour garantir le maintien des droits acquis, mais auquel aucun mécanisme d'accès à la pratique ne correspond aujourd'hui.

niveau inférieur et son champ d'exercice. Chacun d'eux satisfait aussi à des exigences de formation particulières fondées, elles aussi, sur celles du niveau inférieur.

Ambulancier paramédical de premier niveau (APPN)

L'APPN répond aux appels urgents et non urgents. Il fournit des soins médicaux de base et s'occupe du transport des patients. Il collabore avec un autre ambulancier paramédical de même niveau ou de niveau avancé et pratique des interventions à l'aide du matériel qu'on trouve généralement dans une ambulance. Les APPN forment le plus grand groupe d'ambulanciers paramédicaux au Canada. Ils doivent posséder d'excellentes aptitudes à la prise de décision fondée sur des connaissances et des principes solides. En Ontario, l'APPN peut évaluer le patient, appliquer des techniques de base en maintien des voies aériennes, administrer de l'oxygène, pratiquer la réanimation cardiorespiratoire (RCR), fournir des soins de base en traumatologie, administrer par différentes voies des médicaments pour soulager des symptômes, et effectuer la défibrillation manuelle externe et semi-automatique.

Ambulancier paramédical de niveau avancé (APNA)

Les principales fonctions de l'APNA sont de fournir des soins médicaux spécialisés d'urgence, de transporter les cas urgents et de pratiquer des interventions à l'aide du matériel de base et spécialisé qu'on trouve généralement dans une ambulance. L'APNA doit posséder les compétences de l'APPN, en plus de cumuler d'autres compétences. Il doit en outre appliquer la somme de ses connaissances et de ses habiletés pour faire des évaluations et fournir des soins de niveau supérieur. Il peut appliquer un traitement de nature effractive ou pharmacologique. L'APNA peut, entre autres, appliquer des techniques spécialisées en maintien des voies aériennes, pratiquer une laryngoscopie et retirer des corps étrangers occlusifs au moyen de forceps, pratiquer la ventilation artificielle de base, interpréter un électrocardiogramme à 12 dérivations, administrer une plus grande variété de médicaments (notamment par intraveineuse) et pratiquer la défibrillation manuelle et d'autres électrothérapies.

Ambulancier paramédical de niveau spécialisé (APNS)

L'APNS fait une évaluation complète du patient qui englobe l'interprétation de données radiologiques et de laboratoire. Il peut appliquer un traitement, généralement de nature effractive ou pharmacologique, en autonomie ou après consultation d'une autorité médicale. Les compétences particulières de l'APNS lui permettent d'administrer une grande variété de médicaments, d'appliquer des procédures spécialisées de maintien des voies aériennes (thoracostomie à l'aiguille et cricothyroïdotomie) et d'interpréter des radiographies et des résultats d'analyses sanguines. Au Canada, l'APNS correspond actuellement au niveau de qualification le plus élevé de la profession.

Modalités diagnostiques

Les compétences générales en diagnostic énoncées dans le PNCP du personnel paramédical élaboré par l'Association des paramédics du Canada (APC) englobent les interventions suivantes :

4.1. Effectuer du triage entre de multiples patients.
4.2. Établir les antécédents du patient.
4.3. Effectuer un examen médical complet qui démontre l'utilisation appropriée des techniques de palpation, de percussion et d'auscultation.
4.4. Prendre les signes vitaux.
4.5. Utiliser des tests de diagnostic. (PNCP, 2011, p. 11)

Les ambulanciers paramédicaux utilisent de nombreux outils, appareils et tests de diagnostic, dont les suivants : stéthoscope, tensiomètre, sonde de température, techniques de percussion, de palpation, d'auscultation et d'inspection, examens neurologiques reconnus (échelle de Glasgow, échelle de Cincinnati pour les accidents vasculaires cérébraux, échelle canadienne de triage et de gravité, etc.) oxymétrie pulsée, PCO2 de fin d'expiration, surveillance de la glycémie et électrocardiogramme.

Les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario exercent selon les modalités diagnostiques correspondant à leur niveau de formation et d'autorisation, tel qu'elles sont énoncées dans le *Règlement de l'Ontario* 257/00, pris en application de la *Loi sur les ambulances*. Cependant, les modalités diagnostiques particulières selon lesquelles ils doivent exercer ne sont pas énoncées dans la loi, mais dans des normes de pratique ou des lignes directrices cliniques établies par le MSSLD et les programmes des hôpitaux principaux. Le MSSLD est responsable de deux documents : les normes de soins de base de maintien des fonctions vitales guide BLS) et les normes de soins avancés de maintien des fonctions vitales guide ALS)[3]. Le premier énonce « les attentes du MSSLD quant aux modalités d'interaction des ambulanciers paramédicaux avec les patients » dans le cadre de la prestation de soins de base de maintien des fonctions vitales, lesquels excluent les actes autorisés [traduction libre] (2007, 1). Le second offre « une orientation sur les particularités des soins à prodiguer aux patients selon le champ d'exercice des trois niveaux d'exercice de la profession d'ambulancier paramédical » [traduction libre] (2011, p. 2).

Le guide BLS précise que les « fournisseurs DOIVENT se concentrer sur trois aspects des soins aux patients, à savoir :

a) détecter toute insuffisance grave menaçant les fonctions vitales (voies aériennes, respiration, circulation et état de conscience);

[3] Aucun document du MSSLD ne précise les normes de pratique de l'APNS. Elles sont en fait explicitées dans le document *Adult and Pediatric Medical Directives and Standing Orders* rédigé par Ornge, principal fournisseur de services de transport ambulancier aérien, ainsi que de services de transport ambulancier terrestre pour soins intensifs.

b) appliquer des mesures[4] pour corriger ces insuffisances dès que possible;

c) déterminer si le patient doit être transporté d'urgence et assurer son transport rapide au besoin; essayer de poser un diagnostic formel sur le terrain peut retarder inutilement le traitement et le transport. *« Le diagnostic est secondaire dans la pratique sur le terrain.* » [traduction libre] (2007, p. 7)[5]

Selon les principes généraux d'évaluation du patient énoncés dans le guide BLS, l'ambulancier paramédical doit avant tout obtenir le consentement du patient, sinon l'informer des conséquences éventuelles du refus de traitement (p. 1-4 et 1-13). S'il y a consentement, l'« ambulancier paramédical doit supposer qu'il existe, pour chaque lieu où il est appelé, des conditions graves susceptibles de menacer la vie, les membres ou les fonctions d'un patient, jusqu'à ce que l'évaluation indique le contraire » [traduction libre] (p. 1-4). Pendant qu'il procède à l'examen primaire, ou après, il « doit établir le motif de consultation et obtenir des renseignements sur la maladie ou le problème actuel » [traduction libre] (p. 1-5). Plus particulièrement, l'ambulancier paramédical doit effectuer un premier examen physique pour « constater l'état apparent et le niveau de détresse du patient. Assurer la protection de la colonne cervicale en cas de traumatisme avéré ou présumé, ou à la moindre hésitation sur son état. Évaluer la perméabilité des voies aériennes, la respiration, la circulation et l'état de conscience, et repérer les signes d'un état critique [...]. Déterminer ensuite si le patient doit être transporté d'urgence. Effectuer une surveillance cardiaque (pour certains types d'appels), prendre les signes vitaux [...] procéder à un examen complet ou partiel [...] s'il y a lieu, rechercher un traumatisme chez le patient malade ou une maladie chez le patient blessé [...] procéder à une évaluation après l'examen primaire ou secondaire. Énumérer les problèmes et les classer par ordre de priorité » [traduction libre] (p. 1-5 et 1-7).

Domaines d'exercice de l'ambulancier paramédical

Quelques aspects du diagnostic, du traitement, des interventions et des modalités sont particuliers à la profession d'ambulancier paramédical. Ainsi, la pratique paramédicale se distingue des autres professions de la santé, d'abord parce qu'elle s'exerce essentiellement en milieux extrahospitaliers, souvent non contrôlés, pouvant être confinés, mal éclairés et exposés aux éléments ou aux dangers. Ensuite, l'ambulancier paramédical doit dans la plupart des cas transporter le patient du lieu de l'intervention vers un établissement médical, par voie terrestre ou aérienne[6], et procéder en cours de route à l'examen, à la surveillance et au traitement du patient. L'ambulancier paramédical est le seul professionnel de la santé à fournir ces services régulièrement.

[4] Mesures appropriées selon les normes du guide BLS.

[5] On peut se demander si cette situation s'applique à tous les cas.

[6] Il faut une formation spécialisée pour travailler comme ambulancier paramédical en milieu aérien. Consulter la page 24 pour des précisions à ce sujet.

C'est pourquoi la majorité des autres professionnels de la santé le considère comme un expert du transport médicalisé.

La pratique paramédicale en milieu extrahospitalier consiste à évaluer le patient, à établir un diagnostic, à administrer un traitement et à pratiquer une intervention sur l'accotement, sur un site industriel, dans une maison, dans une entreprise, sur un lieu de rassemblement public ou dans tout autre endroit où se produit une situation d'urgence. L'ambulancier paramédical doit stabiliser le patient pour le transporter vers un établissement médical ou pour lui permettre de se rétablir à la maison. Ainsi, la gestion des lieux, qui consiste à évaluer et à maîtriser les facteurs de risques physiques et psychosociaux, est une autre caractéristique propre à la profession d'ambulancier paramédical.

D'ailleurs, contrairement à la plupart des autres professionnels de la santé, l'ambulancier paramédical doit procéder au triage de patients souffrant de traumatismes multiples, comme sur les lieux d'un accident ayant causé un grand nombre de blessés. Qui plus est, la prestation des services paramédicaux n'est pas encadrée, sauf dans le cas où l'ambulancier paramédical doit communiquer avec le médecin du programme de l'hôpital principal pour administrer un traitement particulier, comme l'énoncent les directives[7]. Tandis que les médecins et le personnel infirmier des services des urgences peuvent exploiter les ressources de tout l'hôpital, les traitements et les interventions que pratique l'ambulancier paramédical dépendent des médicaments et du matériel à bord de son véhicule d'intervention d'urgence (qui sont limités, pour des raisons pratiques et financières).

Le transport des patients du lieu d'intervention vers un établissement médical est un autre aspect particulier de la pratique paramédicale. Cette tâche exige des aptitudes qu'on ne reconnaît généralement pas comme étant de nature médicale (habiletés de conduite sécuritaire en cas d'urgence), mais qui sont pourtant essentielles à la prestation efficace des services propres à cette profession. Elle nécessite en outre d'autres habiletés, à savoir la capacité d'évaluer l'état du patient dans une ambulance terrestre ou aérienne en déplacement et à intervenir au besoin pour maintenir les fonctions vitales. Qui dit transport dit aussi obligation de soulever des patients (sur le lieu de l'accident) et de les déplacer vers le véhicule d'intervention d'urgence terrestre ou aérien. L'ambulancier médical n'est pas le seul professionnel de la santé à devoir transférer des patients d'un d'hôpital à une civière et inversement, mais il est le seul à le faire dans les conditions difficiles décrites ci-dessus. L'extirpation d'un blessé d'un espace confiné (collision de véhicules automobiles) est un autre domaine d'expertise de l'ambulancier paramédical. Enfin, ce dernier doit aussi évaluer et gérer le lieu où s'est produit un accident,

[7] Même si les protocoles médicaux du MSSLD et du programme de l'hôpital principal précisent les circonstances dans lesquelles cette communication (communément appelée « patching ») est obligatoire, s'il ne peut joindre le médecin, l'ambulancier paramédical est autorisé à intervenir en exerçant son jugement clinique.

parfois en tenant compte de certains aspects médico-légaux. Ces compétences sont décrites dans le PNCP (compétences 1.7, 2.1, 3.2, 3.3, 4.2f et 7).
L'ambulancier paramédical « autorisé » évalue et traite les patients en suivant des lignes directrices et des protocoles médicaux approuvés et reconnus. Le PNCP précise les attentes générales en matière d'agents thérapeutiques :

5.1. Maintenir la perméabilité des voies aériennes supérieures et de la trachée.
5.2. Préparer des dispositifs d'administration d'oxygène.
5.3. Administrer de l'oxygène et une ventilation manuelle.
5.4. Utiliser du matériel de ventilation.
5.5. Mettre en œuvre des mesures afin de maintenir la stabilité hémodynamique.
5.6. Administrer des traitements de base pour des traumatismes des tissus mous.
5.7. Immobiliser des fractures réelles et soupçonnées.
5.8. Administrer des médicaments.

Le PNCP énumère des sous-compétences pour chaque compétence générale. Plusieurs des domaines de compétence précisés dans le PNCP (p. 10 et 11) sont communs à l'ensemble des professions de la santé. Il s'agit de responsabilités professionnelles, de communication, de santé et de sécurité (même si moins de professionnels de la santé doivent mettre en pratique des techniques sécuritaires de levage et de déplacement), d'intégration et de promotion de la santé.

Les modalités diagnostiques et thérapeutiques qu'applique l'ambulancier paramédical ainsi que les services qu'il fournit sont communs à un grand nombre de professions de la santé réglementées (médecin, infirmière et infirmier, infirmière et infirmier praticiens, inhalothérapeute et sage-femme). Sur le plan des actes autorisés aux termes de la LPSR, ces derniers consistent à : faire des évaluations et des diagnostics provisoires et à les communiquer aux patients ou à leurs représentants; réaliser des tests de diagnostic et à en interpréter les résultats; pratiquer des interventions sur le tissu sous-cutané; insérer dans les voies nasales et au-delà du niveau du pharynx des dispositifs de maintien des voies aériennes; administrer des substances par injection et par inhalation; administrer des médicaments; appliquer une forme d'énergie (stimulation cardiaque transcutanée, cardioversion et défibrillation) et procéder à un accouchement.

Les domaines d'exercice des professionnels de la santé non désignés par la loi et les services qu'ils assurent peuvent aussi englober les domaines de compétence que sont les responsabilités professionnelles, la communication, la santé et la sécurité (même si moins de professionnels de la santé doivent mettre en pratique des techniques sécuritaires de levage et de déplacement), l'intégration et la promotion de la santé. En revanche, les domaines d'exercice de l'ambulancier paramédical qui concerne

l'évaluation, l'établissement de diagnostics et l'utilisation d'agents thérapeutiques permis aux professionnels de la santé non désignés par la loi sont peu nombreux, ou même inexistants, car ces domaines supposent la pratique d'un ou plusieurs actes autorisés. Certains ambulanciers paramédicaux « non autorisés » employés par un fournisseur de services de transfert de patients non urgents et de services médicaux événementiels peuvent effectuer certains actes autorisés sous l'autorité d'un médecin. Selon les dispositions relatives au « bon samaritain » de la LPSR (alinéa 29(1)*a*)), une personne peut accomplir ces actes en cas d'urgence. Ces dispositions s'appliqueraient donc aussi aux professions de la santé non réglementées. Les ambulanciers paramédicaux « non autorisés » assurent également des services de transport de patients.

Étant donné que les ambulanciers paramédicaux « non autorisés » exercent en milieu extrahospitalier, ils ne travaillent généralement pas avec d'autres professionnels de la santé, à deux exceptions près. Premièrement, en Ontario, pour certains actes autorisés, les ambulanciers paramédicaux sont tenus de communiquer (« patch ») avec le médecin d'un programme de l'hôpital principal, pour obtenir son autorisation. Le guide ALS donne les précisions suivantes :

> Si un traitement doit être autorisé par le médecin du programme de l'hôpital principal (point de communication provincial obligatoire ou point de communication de l'hôpital principal obligatoire) ET si celui-ci ne peut être joint malgré les tentatives raisonnables faites par l'ambulancier paramédical, ce dernier peut commencer le traitement nécessaire sans en avoir obtenu l'autorisation directe si le patient se trouve dans un grave état de détresse et si l'ambulancier paramédical estime que la directive médicale s'appliquerait dans ce cas. L'ambulancier paramédical doit exercer son jugement clinique et respecter la norme de soin acceptable (DSSU du MSSLD, 2011, p. 9)[8].

Deuxièmement, après avoir transporté le patient vers un établissement médical, l'ambulancier paramédical le confie à d'autres professionnels de la santé (généralement au personnel infirmier et aux médecins des services des urgences). Cette étape suppose la communication de tous les renseignements pertinents recueillis lors de l'évaluation, de l'établissement du diagnostic, du traitement et de la surveillance (rapport sur le patient). Lorsqu'il confie un patient à d'autres professionnels, l'ambulancier paramédical demeure responsable de la sécurité et des soins de ce patient, dont il doit surveiller et évaluer l'état aussi longtemps qu'il est sur la civière (voir notamment Sunnybrook-Osler Centre for Prehospital Care, 2006, p. 79 et 80). Le transfert interétablissements de patients sur recommandation médicale est aussi confié aux soins de l'ambulancier paramédical.

[8] Par conséquent, l'obligation de communiquer avec le médecin est semblable (peut-être même identique) à l'obtention d'un ordre direct d'effectuer un acte autorisé, sauf que l'ambulancier paramédical « autorisé » est autorisé à procéder en cas d'échec de la communication. Le *Règlement de l'Ontario* 257/00 n'énonce pas clairement si ces actes sont délégués par une directive médicale ou par la communication (« patch »).

On peut aussi faire appel à lui pour assister le personnel des services des urgences. Il peut, entre autres, tenir des instruments de diagnostic comme un moniteur cardiaque, administrer un traitement (réanimation cardiorespiratoire et autres mesures de réanimation) avec le personnel hospitalier ou pratiquer une intervention (stimulation transcutanée ou ventilation) jusqu'à ce que le personnel hospitalier puisse utiliser son propre matériel. Les débordements dans les services des urgences retardent souvent ces transferts, ce qui oblige l'ambulancier paramédical à continuer d'administrer des soins à des patients instables, alors que sa formation ne l'y prépare généralement pas (Atack et Maher, 2010, p. 97).

Depuis quelques années, l'idée de mettre à profit les habiletés et les compétences de l'ambulancier paramédical pour la prestation de soins de santé primaires non urgents, et dans certains cas pour assister d'autres professionnels de la santé, comme les infirmier(ière)s ainsi que les infirmier(ère)s praticiens, suscite un intérêt grandissant. Les programmes de services paramédicaux communautaires sont « un modèle de soins selon lequel les ambulanciers paramédicaux mettent en pratique leur formation et leurs habiletés dans des milieux communautaires "non traditionnels" (hors du modèle de transport et d'intervention d'urgence habituel) » [traduction libre] (site Web de l'International Roundtable on Community Paramedicine). Ces programmes représentent au Canada un modèle de prestation de soins de santé relativement récent et en pleine évolution, qui visent à remédier aux problèmes d'accès aux soins de santé des personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques. Parmi les services de soins de santé prévus par ces programmes, citons l'immunisation (vaccination antigrippale), la surveillance mensuelle de la glycémie, de la température, de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle des résidents et l'aiguillage vers des services de santé (soins infirmiers et physiothérapie) en réponse à des besoins précis.

Un des exemples les plus connus au pays est le programme Long and Brier Island mis en œuvre en Nouvelle-Écosse pour résoudre un problème d'accès aux services de soins de santé primaires dans une région éloignée. Les services de santé d'urgence ont instauré un modèle tripartite médecin-ambulancier paramédical-infirmier praticien, qui assure la prestation aux résidents de services d'urgence et de soins primaires dispensés par un(e) infirmier(ère) praticien(ne)ère et un ambulancier paramédical sur place, en collaboration avec un médecin à distance. Une étude longitudinale a conclu que « ce modèle de soins novateur avait entraîné une réduction des coûts, une augmentation de l'accès, un niveau d'acceptation et de satisfaction élevé et une collaboration efficace entre les fournisseurs de soins » [traduction libre] (Martin-Misener, Downe-Wamboldt, Cain et Girouard, 2009, p. 1). Une autre étude réalisée au Royaume-Uni a révélé que cette approche était « au moins aussi sûre que la norme de soin qu'offrent les SMU et les services des urgences » [traduction libre] (Mason, Knowles, Feeman et Snooks, 2008, p. 612).

Actes comportant un risque de préjudice pour les patients

Travailler à l'extérieur de l'hôpital fait en sorte que l'ambulancier paramédical rencontre des difficultés liées à la prestation de services, à l'exercice de sa profession et au traitement des patients qui lui sont propres. Ainsi, évaluer et traiter des patients dans un lieu non contrôlé, soumis aux caprices du temps, présente pour les patients et les soignants des risques auxquels les autres professionnels de la santé ne sont pas exposés. Le triage de nombreux blessés, l'immobilisation sur place, le déplacement et le transport d'urgence présentent tous des risques de préjudice physique aux patients.

Le risque de préjudice que comporte pour les patients le champ d'exercice de l'ambulancier paramédical englobe la majorité des actes qu'il exécute et des services qu'il fournit (si ce n'est tous). Cet aspect est double. D'une part, il y a des risques de préjudice propres aux actes eux-mêmes, qu'il s'agisse d'évaluation, d'intervention, d'administration de médicaments, d'électrothérapie, de traitements ou de services (Bass, p. 16, dans Kapp, 2001). C'est-à-dire qu'un acte comme l'intubation endotrachéale ou l'administration de nitroglycérine comportent un certain risque de préjudice en raison de la nature même de l'acte (intervention effractive, traitement pharmacologique), et ce, qui que soit le professionnel de la santé qui accomplit cet acte. De plus, soulignons que le bénéficiaire de cet acte n'est pas en parfaite santé; il est donc plus vulnérable au risque qui y est associé. Ce risque peut évidemment être accru par des conditions externes, comme les situations qu'affronte fréquemment l'ambulancier paramédical (lieu d'un accident et transport du patient). On emploie souvent l'expression « événement indésirable » pour désigner la conséquence pour un patient d'un préjudice découlant d'un tel risque (Sohn, 2013).

D'autres risques de préjudice, dits *iatrogènes*, sont associés à l'exécution imparfaite d'un acte communément appelé « erreur médicale » (Sohn, 2013). Depuis le début du XXI[e] siècle, l'étude de ce type de risque de même que sa réduction ou son atténuation relèvent généralement de la notion de sécurité du patient. Comme le définit le programme pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la « sécurité du patient est l'absence de préjudice évitable lorsqu'il reçoit des soins de santé » [traduction libre] (site Web de l'OMS). Ce risque de préjudice est associé à la personne qui prodigue les soins médicaux. Il englobe différents types d'erreur médicale (diagnostique, posologique ou thérapeutique) et le non-respect de la norme établie pour la prestation de services au cours des interactions avec le patient ou de son transport[9]. Il convient de préciser que le *risque* de préjudice associé à une erreur médicale ne signifie pas qu'un patient ait réellement subi un préjudice.

[9] Sohn distingue la négligence, soit « le non-respect du niveau de soin établi » par suite d'une « erreur de décision », de ce qu'il appelle l'« erreur systémique », soit « une ou de simples erreurs humaines occasionnelles » qui se produisent « involontairement » et qu'on ne peut empêcher, mais seulement essayer de prévenir [traduction libre]. Des éléments probants révèlent que les erreurs systémiques représentent la majorité des erreurs médicales (Sohn, 2013, p. 50; voir aussi Bigham et coll., 2012, p. 6). Il va de soi que les préjudices causés par une décision ou une erreur systémique sont à distinguer des préjudices découlant d'un acte *malveillant*.

Dans le cas de la pratique paramédicale, l'environnement particulier dans lequel sont fournis les services peut de même mettre en péril la sécurité du patient. Comme le soulignait l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) dans un rapport publié en 2008 :

> Le personnel des services médicaux d'urgence (SMU) travaille souvent dans des milieux exigus, mal éclairés, désordonnés, inhospitaliers et peu propices aux interventions médicales d'urgence; en fait, c'est souvent la nature dangereuse du milieu qui est à la source d'un appel à l'aide. Contrairement au milieu hospitalier, les lieux d'intervention d'urgence sont souvent des endroits bruyants, encombrés et peu commodes pour les prestataires de soins préhospitaliers. En plus des problèmes liés à l'environnement physique, le personnel des SMU doit souvent faire face au stress causé par la présence de membres de la famille en état de panique et de badauds curieux, et par un manque de ressources humaines et médicales (p. 4).

Le transport est un autre facteur propre à la pratique paramédicale. Outre le fait de devoir transporter le patient du lieu de l'accident vers l'ambulance, les ambulanciers paramédicaux qui fournissent des soins préhospitaliers doivent aussi le transporter vers l'établissement médical le plus près ou le plus approprié. Ils doivent conduire dans des conditions routières et météo diverses, souvent très rapidement, et doivent surveiller et évaluer constamment le patient. Cette situation peut causer – et cause – des accidents qui nuisent aussi bien au patient qu'aux ambulanciers paramédicaux et aux curieux. (ICSP, 2008, p. 7). La fatigue et des conditions de travail stressantes (p. ex. accident ayant fait de nombreux blessés) peuvent également accroître le risque de préjudice pour les patients, tout comme la nécessité de prendre des décisions cliniques très rapidement, souvent en se fondant sur des renseignements limités (Brice *et coll.*, 2012; Lu, Guenther, Wesley et Gallagher, 2013). Enfin, l'élargissement du champ d'exercice des ambulanciers paramédicaux constaté ces dernières années augmente le risque de préjudice. En effet, les ambulanciers paramédicaux appliquent maintenant des traitements plus complexes et administrent une plus grande variété de médicaments, et ils n'ont pas toujours été formés pour ce faire (Bigham et coll., 2012; Atack et Maher, 2010).

Malgré le risque de préjudice évident inhérent à la pratique paramédicale, relativement peu d'études ont porté sur la question. Selon l'étude de l'ICSP, « [l]a sécurité des patients dans les SMU n'a pas fait l'objet d'études poussées; il y a peu de preuves et très peu d'essais expérimentaux sur les interventions visant à accroître la sécurité des SMU » (ICSP, 2008, p. 3). On poursuit et souligne que « [c]ontrairement aux établissements hospitaliers, il y a un manque criant de données épidémiologiques sur les événements indésirables en milieu préhospitalier [...] » (p. 4). Un article découlant de cette étude relève que malgré la nature des SMU, la documentation sur la sécurité des patients les aborde rarement (Bigham et coll., 2012, p. 21). Dans un rapport publié

en 2006, les Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada (DSMUC) soulignent l'absence de données de recherche fiables (p. 14-15)[10]. Cette absence d'éléments de preuve est probablement attribuable au fait que les soins paramédicaux ne sont perçus que depuis peu comme des soins associés à la santé, plutôt que comme un service de sécurité publique.

Les informateurs clés de l'étude de l'ICSP ont établi « [l]e jugement et la formation cliniques nécessaires pour prendre des décisions cohérentes » comme « le principal risque pour la sécurité des patients » (2008, p. 2), plutôt que les erreurs relatives aux médicaments, les habiletés de conduite insuffisantes ou toute autre prestation de services paramédicaux inférieure aux normes (voir aussi Jensen, 2010, 2011a; Atack et Maher, 2010). (En revanche, une autre étude a révélé que dans le cas des enfants traités à l'extérieur de l'hôpital, l'« la dose de médicament [...] administrée dépassait souvent la norme » [traduction libre] (Hoyle, Davis, Putman, Trytko et Fales, 2012, p. 59)).

Les autres thèmes sur la sécurité des patients mentionnés dans l'analyse documentaire systématique de l'étude de l'ICSP sont l'intubation sur le lieu d'intervention, la sécurité des interventions aériennes et le transport interétablissements, c'est-à-dire que de nombreux problèmes de sécurité des patients ne sont pas bien représentés dans la documentation (2008, p. 1). L'Alliance mondiale de l'OMS pour la sécurité des patients a élaboré une classification de 13 facteurs susceptibles de provoquer des événements indésirables chez les patients. Seuls trois d'entre eux sont abordés dans la documentation analysée par l'ICSP (processus ou interventions cliniques, médicaments et infrastructure) (OMS, 2009, p. 32).

L'analyse, par Lemonick (2009), de la documentation portant sur les soins préhospitaliers a permis de conclure que « bon nombre des pratiques et des protocoles actuels des SMU ne s'appuyaient sur aucune observation scientifique » [traduction libre] (p. 5). Au même titre que les accidents impliquant des véhicules d'intervention d'urgence terrestres et aériens, cette analyse examine l'anesthésie effectuée dans le cadre de soins préhospitaliers, l'assistance respiratoire par des SMU ainsi que la réanimation cardiorespiratoire et les techniques spécialisées de réanimation cardiorespiratoire. On peut y lire que le « traitement de la douleur par les SMU est cruellement inadéquat » [traduction libre] (p. 9), que l'intubation endotrachéale est problématique (p. 10-11) et donne souvent lieu aux pires résultats sur le plan fonctionnel, neurologique et de la mortalité. Lemonick ajoute que les soins avancés de maintien des fonctions vitales dans le cas d'arrêt cardiaque n'offrent aucun avantage important (p. 12-13). Toutefois, ces problèmes sont d'ordre systémique. En effet, ils se rapportent à une pratique paramédicale conforme aux normes (pratique exercée lors de la prestation de soins préhospitaliers), et non à un manque de compétences de la part des praticiens. Comme il en sera question ci-dessous, l'Étude ontarienne sur les

[10] Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter la section *Ensemble de connaissances et champ d'exercice*.

soins préhospitaliers avancés de maintien des fonctions vitales à laquelle Lemonick fait référence présente précisément cette erreur systémique quant au manque d'avantages apparents des soins avancés de maintien des fonctions vitales dans le cas d'arrêt cardiaque.

Entre autres études sur les préjudices causés par des problèmes d'ordre systémique, citons celle de Wang, Lave, Sirio et Yealy (2006), qui porte sur le taux d'erreurs d'intubation endotrachéale observées chez les praticiens des SMU, et qui conclut que « [d]ans l'esprit de l'expression "D'abord, ne pas nuire", nous pourrions envisager de ne pratiquer aucune intubation » [traduction libre] (p. 507), et celle de Lossius, Røislien et Lockey (2012), qui conclut que dans le cadre de soins préhospitaliers, les non-médecins réussissent l'intubation endotrachéale moins bien que les médecins, une intervention complexe et effractive qui, si elle n'est pas exécutée correctement, peut entraîner des complications.

Risque pour la sécurité des patients découlant de la réglementation insuffisante des ambulanciers paramédicaux « non autorisés »

Les ambulanciers paramédicaux « autorisés » en Ontario n'exercent pas en l'absence de tout cadre réglementaire; leur pratique est régie par la *Loi sur les ambulances*, précisément parce que les soins médicaux qu'ils prodiguent comportent un risque de préjudice pour les patients. La Loi interdit aux ambulanciers paramédicaux « non autorisés » d'exécuter des actes autorisés, puisqu'ils ne sont pas encadrés par le directeur médical d'un programme de l'hôpital principal. Cependant, il peut leur arriver d'exécuter ces actes si le médecin d'un autre programme leur en délègue le pouvoir. Cette situation peut sembler aller à l'encontre du *Règlement de l'Ontario* 257/00, mais elle est en fait autorisée par la LPSR et par la *Loi de 1991 sur les médecins*.

L'OPA ne dispose pas de données montrant le niveau de risque pour la sécurité publique, car les ambulanciers paramédicaux « non autorisés » ne sont visés par aucune réglementation. Néanmoins, l'inquiétude exprimée en 2011 par l'ombudsman de l'Ontario au sujet de l'absence de réglementation des services de transport médical non urgent et de son incidence sur la sécurité des patients donne une idée de l'importance du problème. Le Bureau de l'ombudsman signale avoir reçu des plaintes à propos « d'équipement inadéquat, du manque de contrôle des infections, du mauvais entretien des véhicules et de la formation insuffisante du personnel » (ombudsman de l'Ontario, 2012).

L'examen, par le CCRPS, de la jurisprudence en anglais au Canada a permis de relever 42 cas, dont 22 soulevaient le problème des compétences. Il a été établi dans seulement cinq de ces cas que le ou les ambulanciers paramédicaux visés n'avaient pas respecté la norme de soin appropriée (CCRPS, octobre 2012).

Nombre et nature des plaintes pour préjudice

L'OPA n'est habilitée ni à recevoir des plaintes ni à y donner suite. Il s'agit là d'une responsabilité conjointe et plurielle de la DSSU du MSSLD et, par des ententes de performance, des SMU et des programmes des hôpitaux principaux. La DSSU du MSSLD a fourni les données du tableau 1 sur le nombre d'enquêtes et sur la source des plaintes. Toutefois, rien n'indique si celles-ci concernent dans une certaine mesure des événements indésirables, des erreurs systémiques ou de la négligence. Fait notable, au cours d'une période de presque six ans, la DSSU du MSSLD a enquêté sur un seul problème de compétences paramédicales.

	Nombre d'ambulanciers paramédicaux visés par une enquête entre 2007 et 2012					
Type d'enquête	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012 (janv. à nov.)**
Qualité des soins aux patients	54	79	67	153	198	74
Violation présumée de la *Loi sur les ambulances*	7	17	8	14	7	5
Enquête du coroner				10		
Violation présumée du *Code criminel*	2		2	10	5	
Compétences paramédicales				1		
Total	**63**	**96**	**77**	**188**	**210**	**79**

Tableau 1. Données d'enquêtes de la DSSU du MSSLD, 2007-2012

Lorsqu'elle a communiqué avec l'OPA, la DSSU du MSSLD a fait remarquer que des « recommandations et des mesures correctives pouvaient s'appliquer, comme des mesures pour obtenir réparation, des accusations portées en vertu de la *Loi sur les ambulances*, l'examen des titres et qualités de l'ambulancier paramédical, sa réaffectation, son congédiement ou sa suspension sans salaire, des accusations et des sanctions disciplinaires en vertu du *Code criminel* » [traduction libre]. Le tableau 2 présente les données sur les résultats des enquêtes de la DSSU du MSSLD.

Année	Nombre d'ambulanciers visé par une recommandation de réaffectation
2008	3
2007	2
2010	2

Tableau 2. Données de la DSSU du MSSLD sur la réaffectation d'ambulanciers médicaux

Le rapport annuel 2005 du vérificateur général de l'Ontario indique que le nombre de plaintes reçues par les SMU pourrait être largement supérieur à celui de la DSSU du MSSLD. Il y est écrit qu'« une municipalité a déclaré qu'elle avait reçu environ 300 plaintes en 2004 » (p. 65). Pourtant, deux SMU de l'Ontario affirment recevoir relativement peu de plaintes (M. Nolan, communication personnelle, 21 février 2013; N. Gale, communication personnelle, 12 mars 2013). Les programmes des hôpitaux principaux sont peut-être le principal organe chargé de recevoir les plaintes sur l'exécution d'actes autorisés et d'enquêter sur elles. Or, ils n'ont pas été en mesure de donner cette information à l'OPA.

Aucun mécanisme disciplinaire ni d'enquête volontaire ne vise les ambulanciers paramédicaux « autorisés » qui sont au service d'un fournisseur de SMU en Ontario. Bien que l'assurance de la qualité des programmes des hôpitaux principaux suppose l'autodéclaration de leur part, cette procédure est obligatoire, et non volontaire. L'OPA ignore s'il existe des mécanismes pouvant s'appliquer aux ambulanciers paramédicaux « non autorisés » qui sont au service d'entreprises privées de services de transport et de services médicaux non urgents.

Effet projeté de la réglementation selon la LPSR sur le risque de préjudice actuel

L'autoréglementation par un ordre des ambulanciers paramédicaux agissant en vertu de la LPSR se traduirait, au sein de la profession, par une amélioration de la transparence, de la responsabilité publique et des compétences. Elle encadrerait l'exercice de la profession et intensifierait la collaboration interprofessionnelle en vue de définir les normes et les pratiques exemplaires en matière d'évaluation, de méthodes diagnostiques, de traitements cliniques et de soins aux patients.
Elle abaisserait le niveau actuel de risque de préjudice pour les patients, surtout en ce qui a trait aux personnes au service d'entreprises privées offrant des services de transport et des services médicaux non urgents. Ces personnes seraient assujetties à une réglementation à laquelle elles échappent en ce moment. De plus, l'amélioration de la transparence et de la responsabilité publique résultant de l'autoréglementation par un ordre agissant en vertu de la LPSR résulterait en une réduction du risque de préjudice inhérent à la pratique paramédicale, en partie parce que les ambulanciers paramédicaux auraient la responsabilité de satisfaire aux normes de la pratique en matière de maintien des compétences et de perfectionnement professionnel.
Les ambulanciers paramédicaux étant les mieux placés pour connaître leurs besoins dans ces domaines, la réglementation par un ordre agissant en vertu de la LPSR

permettrait de mettre leurs compétences spécialisées au service de la protection de l'intérêt public, qui s'en trouverait améliorée.

Mécanismes en place pour assurer la prestation sécuritaire de soins de santé par les ambulanciers paramédicaux

Les ambulanciers paramédicaux « autorisés » en Ontario sont supervisés par un professionnel de la santé dont la profession est réglementée, soit le directeur médical du programme de l'hôpital principal responsable. Le règlement d'application de la *Loi sur les ambulances* prévoit un certain nombre de mécanismes visant à assurer la prestation sécuritaire de soins de qualité. Entre autres mécanismes, citons les exigences relatives aux études, à l'accréditation, à la formation médicale continue et au renouvellement annuel de l'accréditation encadrés par les programmes des hôpitaux principaux par le truchement de conventions de performance conclues avec la DSSU du MSSLD, à la conduite et à d'autres aspects opérationnels supervisés par les SMU. Du reste, comme on l'a évoqué ci-dessus, la DSSU du MSSLD, les programmes des hôpitaux principaux et les SMU enquêtent tous sur les plaintes. Les ambulanciers paramédicaux dont les services n'ont pas respecté les normes de pratique de l'avis des responsables des programmes des hôpitaux principaux peuvent se voir imposer une formation de rattrapage, être suspendus temporairement ou se faire retirer leur accréditation. La figure 1 illustre le système réglementaire actuel et les mécanismes qui visent à assurer la prestation sécuritaire des soins qu'il couvre.

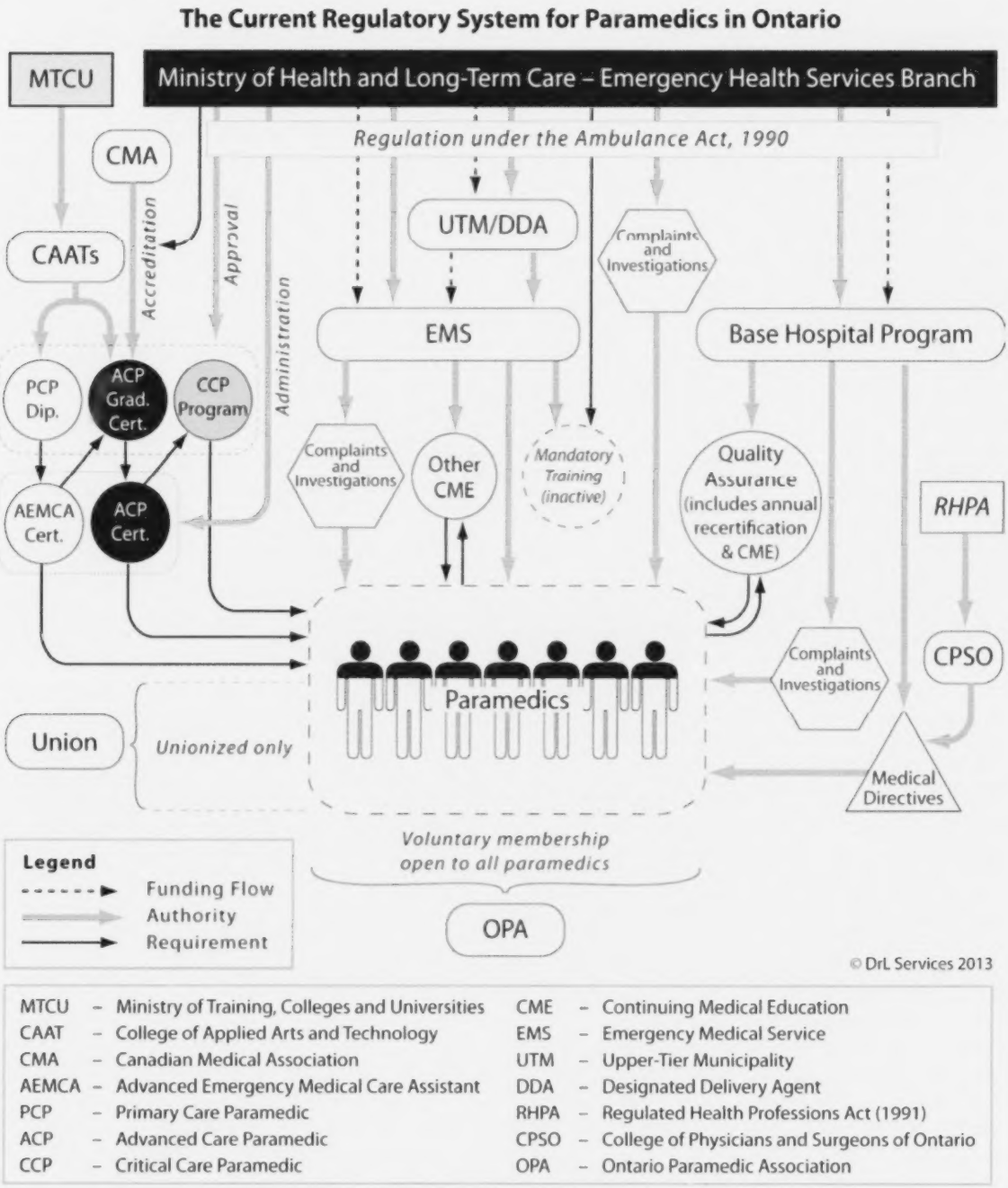


Figure 1. Diagramme illustrant le système réglementaire actuel encadrant les ambulanciers paramédicaux en Ontario

Supervision

L'ambulancier paramédical « autorisé » qui fournit principalement ses services dans un environnement extrahospitalier le fait sans supervision directe, sauf lorsqu'il doit communiquer (« patch ») avec le médecin d'un programme de l'hôpital principal. Il évalue le patient, établit un diagnostic, pratique une intervention ou applique un traitement pour le stabiliser, le transporte vers un établissement médical, le plus souvent pour lui prodiguer plus de soins sous la supervision indirecte du directeur médical d'un programme de l'hôpital principal selon des directives et des ordres permanents médicaux. L'ambulancier paramédical doit donc posséder des compétences et des connaissances étendues sur les patients (du nouveau-né au vieillard), ainsi que sur les symptômes et affections avec lesquels ils risquent de devoir traiter. La pertinence du triage d'urgence sur place est fortement liée au jugement et à l'expérience cliniques de chaque ambulancier paramédical.

L'ambulancier paramédical « autorisé » travaille généralement avec un coéquipier, sauf pendant le transport terrestre, où l'un surveille et traite le patient pendant que l'autre conduit. Lorsqu'un APPN ayant les compétences appropriées est jumelé avec un APNA, ce dernier peut superviser le premier, par exemple, pour guider l'introduction d'une canule de perfusion intraveineuse périphérique[11]. L'APPN et l'APNA ont l'habitude de collaborer en partageant la responsabilité des soins aux patients, mais compte tenu de leur champ d'exercice respectif, l'APNA tient parfois le rôle de chef d'équipe.

Apport des percées en matière de technologie et de traitement quant au risque de préjudice

Le champ d'exercice des ambulanciers paramédicaux a évolué rapidement au cours des vingt dernières années, et cette évolution se poursuivra au gré des progrès de la médecine d'urgence. Les percées en matière de technologie et de traitement peuvent accroître les risques de préjudice que représente la pratique de l'ambulancier médical, et ce, à deux égards. D'une part, si ces percées ne sont pas rapidement intégrées dans la pratique paramédicale, des interventions plus risquées continueront d'être pratiquées, et les normes les plus strictes en matière de soins aux patients pourraient ne pas être respectées. Cependant, cette intégration est complexe dans le cadre du système réglementaire actuel. En effet, elle exigerait fort probablement la modification des directives et des ordres permanents médicaux, un processus qui peut être long (CCRPS, 2008a, p. 2).

[11] Ce protocole est toutefois à l'étude.

D'autre part, si ces percées sont intégrées dans la pratique paramédicale sans formation suffisante, il y a un risque de prestation inférieure au niveau requis, ce qui est susceptible d'aggraver – plutôt que de réduire – le risque de préjudice pour les patients. Par exemple, l'ambulancier paramédical doit pouvoir déceler les changements dans l'électrocardiogramme indiquant un infarctus du myocarde aigu et déterminer si le patient doit être transféré immédiatement dans un centre d'intervention coronarienne percutanée. On sait que ne pas déceler rapidement ces cas a une incidence sur la suite des choses. Les patients souffrant d'un œdème pulmonaire aigu ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique sont maintenant systématiquement traités par ventilation spontanée en pression positive continue par les ambulanciers paramédicaux de niveau avancé et quelques-uns de premier niveau. Toutefois, cette technique peut avoir des effets délétères si elle n'est pas indiquée cliniquement ou si elle est totalement contre-indiquée. Il n'en demeure pas moins que la modification des protocoles (comme pour l'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST et le pontage coronarien) a permis de réduire les risques de préjudice (Postma et coll., 2011; Fosbøl et coll., 2013; Cantor et coll., 2012).

Assurance responsabilité civile

À l'heure actuelle, l'assurance responsabilité civile est prise en charge par le fournisseur municipal de SMU qui emploie l'ambulancier paramédical. Comme l'ambulancier paramédical « autorisé » n'exerce pas en tant que praticien indépendant, contrairement à certains autres professionnels de la santé dont la profession est réglementée en vertu de la LPSR (sages-femmes, physiothérapeutes, etc.), il n'a pas à souscrire une assurance responsabilité civile à titre personnel. En outre, sa pratique étant à l'heure actuelle réglementée par la *Loi sur les ambulances,* plutôt que par un ordre agissant en vertu de la LPSR, il n'a pour l'heure aucune obligation légale d'être protégé par une assurance responsabilité civile. Il est à prévoir que, même si la profession d'ambulancier paramédical était autoréglementée en vertu de la LPSR, les SMU devraient toujours souscrire une assurance responsabilité civile. Certaines entreprises privées de services de transport et de services médicaux non urgents qui emploient des ambulanciers paramédicaux « non autorisés » fournissent déjà une assurance responsabilité civile respectant les niveaux prescrits par la modification de 2009 de la LPSR.

Mesures prises pour déterminer la nécessité de la réglementation pour protéger le public

L'OPA n'a entrepris aucune démarche pour déterminer s'il est dans l'intérêt public de réglementer la profession d'ambulancier paramédical, car elle considère que la réglementation actuelle des ambulanciers paramédicaux « autorisés » en application de la *Loi sur les ambulances*, confirme en soi cette nécessité (même s'il est possible que ce point de vue ne soit pas bien compris de la population). Le fait que les ambulanciers paramédicaux « non autorisés » ne soient visés par aucune

réglementation en Ontario demeure préoccupant, surtout dans le contexte de services de transport de patients non urgents (GTTSAT, 1998, p. 4; ombudsman de l'Ontario, 2012).

Titres professionnels

La *Loi sur les ambulances* ne limite pas l'utilisation des titres d'« auxiliaire médical » (synonyme d'« ambulancier paramédical »), d'« ambulancier paramédical de premier niveau », d'« ambulancier paramédical de niveau avancé » et d'« ambulancier paramédical de niveau spécialisé ». Elle ne fait que définir l'« auxiliaire médical » comme :

> une personne employée par [...] un service d'ambulance, qui possède les qualités requises d'un ambulancier, telles qu'elles sont énoncées dans les règlements, et qui est autorisée à accomplir un ou plusieurs actes médicaux autorisés, sous l'autorité d'un directeur médical d'un hôpital principal [...] (par. 1(1) de la *Loi sur les ambulances*, 1991).

Les articles 7 et 8 du *Règlement de l'Ontario* 257/00 énoncent d'autres exigences visant les ambulanciers paramédicaux des trois niveaux, notamment concernant les études. On y précise chaque fois que la personne peut « être autorisée, par le directeur médical d'un programme d'un hôpital principal, à exécuter des actes autorisés énoncés » [traduction libre] dans l'annexe pertinente (annexe 1 pour l'APPN, annexe 2 pour l'APNA et annexe 3 pour l'APNS).

La *Loi sur les ambulances* ne délimite ni la délégation de l'exécution d'actes autorisés par le directeur médical d'un programme d'un hôpital principal ni « la formation médicale continue nécessaire, dispensée » pour pouvoir continuer de déléguer aux seuls ambulanciers paramédicaux employés par des SMU (ou « services d'ambulance ») des actes autorisés aux auxiliaires médicaux ». Elle définit toutefois que le programme d'un hôpital principal a pour but de « fournir des conseils médicaux aux services d'ambulance [...] en matière de soins préhospitaliers aux patients et de transport des patients » et de « fournir des renseignements sur l'assurance de la qualité et des conseils aux services d'ambulance sur les soins préhospitaliers aux patients ». L'« autorisation » (ou la « délégation ») d'actes autorisés et la formation médicale continue offerte aux ambulanciers paramédicaux sont donc *implicitement* limitées aux ambulanciers paramédicaux « autorisés ». Ainsi, l'utilisation du titre d'« auxiliaire médical » est restreinte uniquement dans le contexte de la Loi.

Pour continuer à protéger l'intérêt public, l'OPA recommande de limiter l'utilisation des titres d'« ambulancier paramédical de premier niveau », d'« ambulancier paramédical de niveau avancé » et d'« ambulancier paramédical de niveau spécialisé » aux praticiens qui satisfont aux exigences d'accès à la pratique qui les concernent et qui sont des membres agréés en règle de l'ordre des ambulanciers paramédicaux. Cette recommandation vise la protection de l'intérêt public par l'identification des praticiens compétents et qualifiés ainsi que par l'interdiction d'agir à ce titre si l'on n'est pas qualifié pour le faire.

Circonstances exigeant l'aiguillage vers un autre professionnel de la santé

Si, en règle générale, l'ambulancier paramédical n'a pas à aiguiller les patients vers des professionnels de la santé comme le fait le médecin, par exemple, il doit tout de même déterminer l'établissement médical où diriger le patient après avoir évalué son état (comme dans le cas d'un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST et d'un pontage coronarien). Ces dernières années, il reste que plusieurs SMU de l'Ontario ont mis en œuvre des programmes de service ambulancier paramédical communautaire qui offrent des « services d'orientation communautaire par des services médicaux d'urgence » (SOCSMU) (Evashkevich, sans date). Ce service a pour objectif d'« orienter les patients de SMU dont l'état n'est pas grave vers des services autres que les services des urgences qui sont plus à même de répondre à leurs besoins sous-jacents » [traduction libre] (SMU de Hamilton, 2011). Parce que l'ambulancier paramédical doit souvent se rendre chez les patients (Weiss, Ernst, Phillips et Hill, 2001; NEMSIS, 2013), il a une occasion unique d'observer le patient chez lui, de constater les risques auxquels il est exposé et de déterminer s'il a besoin d'autres soins de santé (visites d'un physiothérapeute ou d'un infirmier, par exemple).

Autonomie professionnelle

Pratique autonome

À l'extérieur de l'hôpital, l'ambulancier paramédical « autorisé » évalue le patient, établit un diagnostic et exécute des actes médicaux autorisés de manière autonome. Il s'appuie sur les lignes directrices générales des normes de soins de base de maintien des fonctions vitales et sur les directives des normes de soins avancés de maintien des fonctions vitales. Il exerce cependant son jugement clinique chaque fois. Dans certains cas, comme un pontage coronarien, des protocoles donnent à l'ambulancier paramédical beaucoup de latitude pour déterminer vers quel établissement médical diriger le patient.

L'ambulancier paramédical de niveau avancé ou spécialisé peut évaluer un plus large éventail d'états et de symptômes et suivre un plus grand nombre de modalités diagnostiques et thérapeutiques. Cependant, plus le niveau de soin est faible, plus l'autonomie est grande. Par exemple, la prestation de soins par l'APPN se fait selon des ordres permanents, comme c'est le cas pour presque tous les soins qu'offre l'APNA. Seule une petite part des soins qu'il prodigue l'oblige à obtenir du médecin d'un programme de l'hôpital principal un ordre verbal préalable. S'il n'arrive pas à le joindre, il peut fournir les soins relevant de son champ d'exercice s'il les juge dans l'intérêt du patient. L'APNS fournit les soins les plus complexes. Il communique régulièrement avec le médecin d'un programme de l'hôpital principal pour obtenir des conseils et des ordres verbaux au besoin.

Reddition de comptes

On peut dire que l'ambulancier paramédical « autorisé » est responsable de tous les aspects de sa pratique (clinique, opérationnelle et conduite). Chacun d'eux est soumis à un mécanisme de plainte et d'enquête chapeauté par la DSSU du MSSLD, par les SMU ou par les programmes des hôpitaux principaux. Certaines facettes de la pratique paramédicale sont toutefois moins transparentes, d'où une *reddition* de comptes moins grande. De même, la responsabilité de l'ambulancier paramédical « non autorisé » n'est pas la même. C'est d'ailleurs un des enjeux abordés dans l'enquête menée par l'ombudsman de l'Ontario sur les services de transport médical non urgent en 2011 (site Web de l'ombudsman de l'Ontario).

Selon le système de réglementation actuel, l'ambulancier paramédical « autorisé » est très encadré. Le MSSLD enquête, par exemple, sur les plaintes visant les soins de base de maintien des fonctions vitales. Il peut retirer l'accréditation de tout ambulancier paramédical en annulant son accréditation de préposé aux soins médicaux spécialisés d'urgence (PSMSU). Les responsables des programmes des hôpitaux principaux sont chargés des vérifications. Pour ce faire, ils peuvent examiner jusqu'à la totalité des rapports sur les appels d'ambulance (exigés lors de l'exécution d'actes autorisés). L'ambulancier paramédical doit déclarer à son hôpital principal les cas dans lesquels il croit ne pas avoir respecté la norme de soin requise (soins de base et soins avancés de maintien des fonctions vitales). Il peut faire l'objet d'une enquête par le programme de l'hôpital principal, ce qui peut donner lieu à une suspension temporaire ou au retrait de l'accréditation. De plus, le praticien doit suivre un nombre donné d'heures de formation médicale continue et demander le renouvellement de son accréditation chaque année. Ces mesures sont généralement moins transparentes pour le public que ce à quoi la transformation du système réglementaire de l'Ontario en matière de soins de santé l'a habitué.

L'autoréglementation par un ordre des ambulanciers paramédicaux accroîtrait la transparence et la reddition de comptes grâce à la participation du public au mécanisme réglementaire, à l'obligation légale d'information de la population par l'ordre ainsi qu'à la communication des plaintes et du mécanisme disciplinaire au public.

Exécution d'actes autorisés par délégation

> Aux termes de la LPSR, les professionnels de la santé désignés par la loi peuvent déléguer tous les actes qu'ils sont eux-mêmes autorisés à exécuter, sans restriction. Celui qui se voit confier un acte peut être ou non membre de la profession réglementée. Un ordre peut établir des conditions ou des restrictions, voire interdire à ses membres de déléguer ces actes ou d'exécuter des actes délégués. Le membre qui délègue un acte autorisé demeure responsable du patient. Il a une obligation constante de supervision (CCRPS, 2006, p. 284).

La question des conditions régissant l'exécution, par l'ambulancier paramédical « autorisé », d'actes autorisés se pose depuis longtemps. Non pas en raison du niveau de compétence requis pour exécuter ces actes, mais plutôt parce que selon le système réglementaire actuel, l'ambulancier paramédical ne peut exécuter ces actes qui s'ils lui ont été délégués par le directeur médical d'un programme de l'hôpital principal. Les ambulanciers paramédicaux « autorisés » de l'Ontario (environ 7000) sont habilités, selon leur niveau, à exécuter jusqu'à sept actes autorisés après avoir obtenu l'autorisation d'un directeur médical de programme de l'hôpital principal, qui demeure toutefois responsable de l'exécution de ces actes. Ce système n'est ni efficace ni suffisamment transparent, car l'autorité et la responsabilité à l'égard des actes autorisés qu'exécute l'ambulancier paramédical « autorisé » sont entre les mains d'un seul médecin, qui a le pouvoir exclusif de le suspendre ou de lui retirer son accréditation. C'est là un trop grand pouvoir et une trop grande responsabilité pour un seul médecin. De plus, l'ambulancier paramédical est privé d'un système juste d'examen par les pairs de l'exécution de ces actes.

Selon la *Loi sur les ambulances*, l'autorisation d'actes autorisés (visant des diagnostics prévus par la LPSR) est quelque peu ambiguë. En effet, les actes autorisés que peut exécuter l'APNA peuvent aussi être exécutés par l'APPN selon l'annexe 2 si l'APNA l'y autorise, et les actes autorisés que peut exécuter l'APNS peuvent aussi être exécutés par l'APNA selon l'annexe 3 si l'APNS l'y autorise. Le problème, ici comme ailleurs, est de savoir ce qu'on entend par « autorisation » en dehors de la définition qu'en donne le *Règlement de l'Ontario* 257/00, qui expose les exigences de formation, d'accréditation du MSSLD et de surveillance par l'employeur ou par le programme de l'hôpital principal pour les différents niveaux d'ambulancier paramédical. Malheureusement, ni la Loi ni le Règlement ne définissent le terme « autorisation ». Il serait souhaitable de mieux distinguer les niveaux d'ambulancier paramédical.

Sur le plan des actes autorisés, le *Règlement de l'Ontario* 257/00 reste vague sur ce qui distingue l'APPN de l'APNA d'une part, et l'APNA de l'APNS d'autre part. À cet égard, soulignons que la *Loi sur les ambulances* et son règlement d'application ne sont pas plus précis sur la question de la délégation d'actes autorisés en général. Dans un premier temps, on constate une incohérence marquée entre la définition que donne la LPSR d'un acte autorisé (pour l'ambulancier paramédical) et celles données dans les lois régissant les professions de la santé réglementées en vertu de la LPSR, qui en parlent en termes généraux (« pratique d'interventions sur le tissu situé sous le derme », « administration de substances par voie d'injection ou d'inhalation », etc.). Quant au *Règlement de l'Ontario* 257/00, il fait référence à des actes *spécifiques* (« intraveinothérapie périphérique », « administration de glucagon, de glucose par voie orale », etc.). À l'évidence, ces définitions sont discordantes, malgré le fait que la dernière relève de catégories plus générales prévues dans la LPSR.

Dans un deuxième temps, la *Loi sur les ambulances* présente des lacunes évidentes, car en aucun cas le *Règlement de l'Ontario* 257/00 ne permet-il de communiquer un diagnostic, de poser une attelle ou d'aider une patiente à accoucher, n'empêche que l'ambulancier paramédical « autorisé » doit souvent le faire[12].

Dans un troisième temps (et peut-être le plus important), la notion de délégation propre au système réglementaire actuel encadrant les ambulanciers paramédicaux entre en conflit avec l'idée qu'on se fait des actes délégués dans le système ontarien. Même l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, organisme d'autoréglementation des directeurs médicaux d'hôpitaux principaux (qui sont médecins), a une politique claire sur la délégation. Essentiellement, il ne peut y avoir délégation que si la personne qui délègue est habilitée à exécuter un acte autorisé et en confie l'exécution à une personne *qui n'est pas habilitée à l'exécuter*. Un acte autorisé ne peut être délégué à quelqu'un qui, vu son champ d'exercice, a déjà ce pouvoir (aucune délégation nécessaire ni acceptée, puisque le permis dont il est titulaire l'autorise à exécuter l'acte), ni ne peut être délégué par quelqu'un à qui l'on a confié l'exécution de cet acte (sous-délégation)[13].

Pour les ambulanciers paramédicaux « autorisés », la *Loi sur les ambulances* et le *Règlement de l'Ontario* 257/00 précisent que les actes autorisés pouvant être exécutés à chaque niveau s'inscrivent déjà dans leur champ d'exercice. En effet, l'élargissement de la pratique de ces actes aux ambulanciers paramédicaux de niveaux inférieurs précisés dans les annexes (premier niveau : annexe 2; niveau avancé : annexe 3) est assujetti à une « autorisation » et il semblerait qu'elle soit différente de celle dont il est question dans le Règlement proprement dit (alinéas 8(1)*b*), 8(2)*c*) et 8(3)*c*)). En d'autres mots, lorsqu'un directeur médical délègue des actes autorisés à un APPN ou à un APNA, il ne s'appuie pas exclusivement sur leur niveau et leurs compétences correspondantes. Il en découle que, dans le *Règlement de l'Ontario* 257/00, la distinction entre les qualités correspondantes aux différents niveaux n'est pas claire,

---

[12] Sans conteste, pour obtenir le consentement du patient, l'ambulancier paramédical « autorisé » doit toujours *informer le patient, ses proches ou ses soignants des résultats des évaluations et des tests de diagnostic*.

[13] Dans quelques professions de la santé réglementées (p. ex., IA), certains actes autorisés faisant partie du champ d'exercice de la profession ne peuvent être exécutés sans que l'*ordre* ou *la directive* (d'un médecin ou d'un infirmier praticien) n'en soit donné. Malgré tout, il ne s'agit pas de délégation. L'ambiguïté de la *Loi sur les ambulances* réside dans le fait qu'elle permet aux ambulanciers paramédicaux d'exécuter des actes autorisés sur délégation d'un directeur médical d'un programme de l'hôpital principal. Autrement dit, la Loi précise le champ d'exercice des ambulanciers paramédicaux en ce qui touche les actes autorisés tout en niant implicitement que l'exécution des actes autorisés mentionnés fait partie du champ d'exercice des ambulanciers paramédicaux puisqu'elle exige une autorisation. Ainsi, il n'est pas clair si un directeur médical d'un programme de l'hôpital principal délègue l'exécution d'un acte autorisé à un ambulancier paramédical ou s'il en donne l'ordre au moyen d'une directive. Si c'est la dernière hypothèse qui prévaut, alors il ne s'agit pas d'une délégation puisque l'aspect essentiel de la délégation d'un acte autorisé est qu'il ne doit pas être compris dans le champ d'exercice du professionnel à qui l'acte est délégué. Les conditions associées à la délégation reposent sur la vérification, par la personne qui délègue, des compétences de la personne à qui est délégué un acte en particulier; il ne s'agit pas d'une autorisation réglementaire qui permet à la personne à qui l'acte est délégué d'accepter de l'exécuter, ce qui s'avérerait en fait une incohérence. (Soulignons qu'il ne s'agit pas d'une *interdiction* d'accepter d'exécuter un acte délégué, comme il est énoncé dans certains règlements (notamment des ordres) selon par la LPSR.) Pourtant, il semble que ce soit exactement ce que vise la *Loi sur les ambulances*.

étant donné que les actes autorisés peuvent être délégués à des personnes qui ne semblent pas satisfaire les exigences du Règlement lui-même.

En outre, ce modèle de délégation (le terme « autorisation » étant plus juste) repose sur des critères uniquement précisés dans les ententes de performance conclues entre le MSSLD et les programmes des hôpitaux principaux d'un côté, et entre les SMU et ces mêmes programmes de l'autre. Ces ententes n'étant pas rendues publiques, les critères de la réglementation ne sont pas transparents. La reddition de comptes est donc insuffisante. Cette situation contraste avec celle des professions réglementées en vertu de la LPSR, leurs ordres étant tenus de rendre publics les règlements qui régissent ces aspects. On peut soutenir qu'il n'est pas dans l'intérêt public qu'une profession de la santé dont les pratiques comportent un risque de préjudice important puisse soustraire à l'examen public ses normes et ses critères visant l'exécution d'actes autorisés.

> Comme le soutient le CCRPS, il est préférable que les actes autorisés pratiqués régulièrement par un professionnel de la santé dans l'exercice de ses fonctions soient laissés à l'appréciation de ce professionnel et sous sa responsabilité, plutôt que délégués par un autre professionnel de la santé autorisé. Il en résulte aussi une plus grande transparence envers le public et les autres membres d'une équipe qui collaborent aux soins d'un patient (2009, p. 153).

La profession paramédicale s'est profondément transformée depuis une vingtaine d'années. Les exigences de formation de l'ambulancier paramédical sont beaucoup plus nombreuses, tant pour le contenu que pour la durée des études. C'est d'ailleurs grâce à cette situation que les actes autorisés ont pu s'inscrire dans son champ d'exercice, même si c'est d'une manière qui n'est plus conforme avec le système réglementaire ontarien de soins de santé, qui a lui-même continué à évoluer durant la même période. Du reste, le champ d'exercice paramédical s'est élargi, et les transferts de fonctions et les actes autorisés par des directeurs médicaux de programmes d'hôpitaux principaux sont plus nombreux et plus complexes. Par ailleurs, l'ambulancier paramédical est mieux formé et plus au diapason du système de soins de santé qu'il ne l'était il y a 20 ans, lors de l'adoption du processus actuel d'autorisation d'actes autorisés. Il est irréaliste d'attendre des médecins qu'ils assument l'entière responsabilité des transferts de fonctions qu'exercent en ce moment les ambulanciers paramédicaux.

De même, il est de plus en plus difficile pour le directeur médical de satisfaire aux exigences qu'énoncent les règlements à l'égard des transferts de fonctions, car le nombre d'ambulanciers paramédicaux qui pratiquent sous sa houlette ne cesse d'augmenter. L'OPA estime qu'il est utopique de penser pouvoir protéger le public par cette forme de surveillance. Dans les circonstances, il faudrait confier une plus grande part de responsabilité à chaque ambulancier paramédical titulaire d'un permis, qui serait assujetti à la réglementation d'un ordre d'ambulanciers paramédicaux.

Exigences de formation pour accéder à la pratique

Programmes offerts en Ontario

En Ontario, la formation paramédicale est la responsabilité partagée de deux ministères : le MSSLD et le MFCU. Le MSSLD est chargé de déterminer les habiletés requises pour pouvoir s'inscrire comme APPN, APNA et APNS. Il est aussi chargé du programme d'accréditation (il gère les examens destinés aux PSMSU et aux ambulanciers paramédicaux de niveau avancé) et du Processus d'équivalence de la formation des ambulanciers paramédicaux qui ne sont pas diplômés d'un programme ontarien et qui souhaitent s'inscrire dans cette province (site Web de la DSSU du MSSLD). Comme mentionné précédemment (voir p. 2), le MSSLD réglemente les services paramédicaux offerts dans les municipalités de l'Ontario en vertu de la *Loi sur les ambulances* et de ses règlements d'application. La partie III du *Règlement de l'Ontario* 257/00 (en particulier les articles 7 et 8) énonce les qualités exigées des ambulanciers paramédicaux.

Pour sa part, le MFCU est chargé de définir les normes des programmes de service ambulancier paramédical qu'offrent les collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario qui débouchent sur la délivrance de diplômes d'études collégiales. Les diplômés de ces programmes peuvent subir l'examen d'accréditation en tant que PSMSU du MSSLD (MFCU, 2008, p. 5). C'est cependant le MSSLD qui approuve la liste de programmes offerts par les collèges et établissements, dont trois collèges privés qui relèvent du surintendant de collèges privés d'enseignement professionnel, deux autres établissements non scolaires (EMS Toronto et Ornge) ainsi que 18 collèges d'arts appliqués et de technologie sur 24. Deux collèges (Collège Boréal et La Cité collégiale) offrent des programmes en français. Les programmes de service ambulancier paramédical sont tous approuvés par le MSSLD. En ce qui a trait à l'établissement de normes, une différence notable subsiste entre les deux ministères, le MSSLD s'intéressant surtout aux *normes professionnelles*, alors que le MFCU s'intéresse également aux *compétences essentielles favorisant l'employabilité* et aux *exigences de formation générale*.

Les programmes de formation paramédicale offerts en Ontario comportent un volet théorique et un volet clinique ou pratique sur le terrain. La DSSU du MSSLD exige que les programmes de formation d'APPN de l'Ontario soient structurés comme suit : (i) volet théorique d'au moins 800 heures, (ii) volet pratique en laboratoire et en milieu hospitalier (300 heures) et (iii) stage dans une ambulance terrestre (au moins 450 heures) (site Web de la DSSU du MSSLD). Ces programmes, qui mènent à l'obtention d'un diplôme, durent deux ans. Les domaines étudiés sont les suivants : anatomie et physiologie, psychopathologie et intervention en situation de crise, pharmacologie, communication en soins de santé, questions médico-légales, éducation physique, exercices en laboratoire sur les soins aux patients, théorie sur les soins aux patients, médecine d'urgence, conduite de véhicules d'urgence, directives médicales, stage clinique et stage sur le terrain. Ces domaines sont la base du *Prehospital*

Emergency Care Syllabus (programme de soins d'urgence préhospitaliers) de la DSSU du MSSLD. Ils constituent « la base théorique et les aptitudes d'exécution sur lesquelles l'ambulancier paramédical sera évalué » [traduction libre] pour l'accréditation en tant que PSMSU (DSSU du MSSLD, 2000, 1.1).

La figure 2 illustre comment ils forment une approche unifiée de la gestion du patient.

Figure 2. Modèle de gestion du patient (APPN) de la DSSU du MSSLD (Source : MSSLD, 2000, p. 1.5)

Les compétences imposées par la DSSU du MSSLD aux programmes de formation d'APNA sont :

1. Évaluation hebdomadaire de la part d'un superviseur clinique. Elle devrait permettre de déterminer les points à améliorer et de constater les progrès de l'étudiant.
2. Au moins 20 intubations réussies (en fonction de l'anesthésie obtenue ou de l'équivalent). Aussi, de 2 à 5 cas d'assistance respiratoire pédiatrique (avec ou sans intubation).
3. Au moins 20 évaluations de patients admis au service d'urgence examinées par le superviseur clinique.
4. Constitution d'au moins 20 dossiers complets de patients (conformément aux pratiques sur le terrain ou à l'hôpital).
5. Au moins 20 perfusions exécutées avec succès.
6. Tenue d'un journal quotidien (par l'étudiant).
7. Tenue d'un journal quotidien de suivi des compétences cliniques.
8. Commentaires des étudiants sur la rotation clinique (site Web de la DSSU du MSSLD).

Les programmes de formation d'APNA de l'Ontario sont des programmes de certificat d'études supérieures. En voici les domaines d'étude : pharmacologie avancée, connaissances avancées en soins (techniques cardiaques, maintien des voies aériennes, techniques respiratoires, urgences médicales, traumatismes), exercice professionnel, stage d'application des connaissances, stage en milieu hospitalier et stage d'APNA.

Le programme de formation d'APNS d'Ornge dure un an. En voici les domaines d'étude : exercice professionnel, rudiments en soins médicaux d'urgence, thérapeutique et diagnostic, urgences (pulmonaires, cardiovasculaires et hématologiques, urogénitales et génésiques, gastro-intestinales et endocrinales, obstétricales, traumatiques et toxicologiques, neurovasculaires, immunologiques et environnementales, néonatales), pédiatrie et préceptorat (Ornge, sans date).

Outre ces programmes, le MSSLD accrédite les ambulanciers paramédicaux qui travaillent dans des ambulances aériennes à titre de paramédical aérien à chacun des trois niveaux. Ornge offre la formation pour ce poste, qui est suivie d'un examen théorique aéromédical administré par le MSSLD. Cet examen permet d'évaluer les connaissances et les compétences du candidat en matière d'anatomie, de physiologie et de physiopathologie, de procédures d'urgence (en vol et de survie), d'opérations de vol, de pathophysiologie aéromédicale et de questions d'ordre juridique (site Web de la DSSU du MSSLD).

Le tableau 3 présente les données fournies par la DSSU du MSSLD. Elles indiquent qu'au cours des cinq dernières années, 93,5 % à 98 % des candidats ayant réussi les examens de la DDSU pour l'accréditation de PSMSU et d'APNA (entre 859 et 950 candidats) ont été formés en Ontario. On compte très peu de candidats étrangers de niveau APPN, et aucun de niveau APNA. Bien que ces chiffres ne permettent pas de déterminer où sont formés les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario actuellement au service d'un fournisseur de SMU (puisque le taux de candidats qualifiés qui arrivent sur le marché du travail dépasse de loin le taux de croissance d'emplois de SMU et, on le présume, le taux de départs), on peut dire qu'ils en constituent un indicateur raisonnable.

Lieu de la formation	2008	2009	2010	2011	2012	Total 2008-2012
APPN : Ontario	98,5 %	98,2 %	95,0 %	93,6 %	94,0 %	
APPN : ailleurs au Canada	0,7 %	1,2 %	4,3 %	4,9 %	5,3 %	
APPN : à l'étranger	0,8 %	0,5 %	0,8 %	1,5 %	0,8 %	
Total	**732**	**740**	**797**	**813**	**799**	**3881**
APNA : Ontario	95,3 %	95,1 %	88,3 %	92,8 %	93,4 %	
APNA : ailleurs au Canada	4,7 %	4,9 %	11,7 %	7,2 %	6,6 %	
APNA : à l'étranger	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
Total	**127**	**144**	**137**	**139**	**151**	**698**
APPN et APNA : Ontario	98,0 %	97,7 %	94,0 %	93,5 %	93,9 %	
APPN et APNA : ailleurs au Canada	1,3 %	1,8 %	5,4 %	5,3 %	5,5 %	
APPN et APNA : à l'étranger	0,7 %	0,5 %	0,6 %	1,3 %	0,6 %	

Tableau 3. Pourcentage de réussite aux examens de PSMSU et d'APNA de la DSSU du MSSLD, par lieu de formation (source : DSSU du MSSLD)

L'OPA ne tient aucune statistique sur la formation de ses membres.

Programmes reconnus

Les programmes des collèges d'arts appliqués et de technologie énumérés sur le site Web de la DSSU du MSSLD sont reconnus par le Ministère. Tous les programmes connus d'ambulancier paramédical de l'Ontario sont approuvés. Il n'existe pour les programmes qu'offrent les collèges d'arts appliqués et de technologie aucune exigence d'accréditation. Ils doivent toutefois se conformer aux normes de programme du MFCU. Les collèges privés doivent être inscrits, et leurs programmes doivent être approuvés par le surintendant des collèges privés d'enseignement professionnel du MFCU.
De même, 7 des établissements offrant des programmes d'APPN (38 %), ainsi que les

11 établissements offrant actuellement des programmes d'APNA (100 %), sont reconnus par l'intermédiaire du programme d'accréditation de l'Association médicale canadienne (AMC), qui constitue une exigence de la DSSU du MSSLD[14]. Quatre établissements offrant des programmes d'APPN sont inscrits auprès de l'AMC en vue d'être accrédités. Le seul établissement de l'Ontario à offrir une formation d'APNS (Ornge) est approuvé par la DSSU du MSSLD et accrédité par l'AMC. L'accréditation par l'AMC des programmes de formation paramédicale s'inspire des critères du PNCP, facilitant par le fait même la reconnaissance des qualités propres à la pratique paramédicale entre les provinces et territoires (AMC, 2008, p. 3; AMC, septembre 2012; AMC, décembre 2012). Cependant, les normes paramédicales en vigueur en Ontario ne sont pas tout à fait conformes au PNCP, surtout depuis que les responsables de ce dernier ont créé un nouveau domaine de compétence (« Santé et sécurité publique ») (PNCP, p. 147 à 151).

L'Association des paramédics du Canada a élaboré le PNCP en 2001, définissant ainsi les compétences requises pour accéder à la pratique. Le PNCP sert aussi à définir la profession, à promouvoir une formation et une pratique paramédicales uniformes dans tout le pays et à favoriser la mobilité de la main-d'œuvre pour les praticiens. En novembre 2011, l'Association des paramédics du Canada a approuvé une nouvelle version du PNCP, adoptée par l'Organisation canadienne des régulateurs paramédicaux (OCRP). L'OCRP regroupe les ordres qui s'autoréglementent ainsi que les organismes gouvernementaux de réglementation ou les organismes de réglementation délégués par le gouvernement de chacune des dix provinces canadiennes. Le nouveau PNCP est le document de base servant à l'élaboration d'un examen national d'accès à la pratique destiné aux ambulanciers paramédicaux. L'OCRP s'est aussi appuyée sur les compétences présentées dans le PNCP pour comparer ses travaux sur la mobilité des ambulanciers paramédicaux avec la situation dans les autres provinces et territoires.

Chaque organisme de réglementation paramédical provincial au Canada dresse la liste des exigences de formation requises pour accéder à la pratique dans la province en question. À l'heure actuelle, l'AMC accrédite selon le PNCP 68 programmes de formation paramédicale au pays. Elle exige que les éléments des programmes soient liés aux compétences présentées dans le PNCP, notamment les preuves d'enseignement, de simulation, de rotation clinique et de préceptorat sur le terrain. La majorité des programmes de formation paramédicale se fondent maintenant sur le PNCP, même s'ils ne doivent pas tous être accrédités par l'AMC. Ces programmes existent dans les secteurs public et privé, même si la plupart d'entre eux sont maintenant offerts dans des établissements collégiaux ou des écoles techniques.

[14] Bien que le St. Clair College figure sur le site Web de la DSSU du MSSLD parmi la liste des établissements accrédités par l'AMC offrant un programme d'APNA, il ne semble pas qu'il le soit, ni qu'il offre ce programme.

La durée d'un programme de formation d'APPN va de quatre mois (Justice Institute de la Colombie-Britannique) à trois ans (Québec). Elle est de deux ans dans les établissements collégiaux de l'Ontario. Partout au pays, la formation d'APNA est offerte par les secteurs public et privé (les employeurs). Le nombre d'établissements offrant la formation d'APNS est limité.

Exigences en matière de diplômes et attestations

L'adhésion à l'OPA est offerte aux ambulanciers paramédicaux, aux étudiants en pratique paramédicale et aux membres affiliés. Aucune attestation d'études n'est requise, mais le classement des membres repose sur le respect de diverses exigences de formation (par exemple, un ambulancier paramédical doit avoir suivi un programme en soins paramédicaux offert par un collège).

En vertu de la *Loi sur les ambulances*, le MSSLD a le pouvoir de prendre des règlements pour « prescrire les qualités que doivent posséder les personnes employées dans les services d'ambulance [...], traiter de l'évaluation et de l'examen, physique ou autre, de ces personnes, et traiter de leurs fonctions et obligations » (*Loi sur les ambulances*, alinéa 22 (1)*d*)). Le *Règlement de l'Ontario* 257/00 précise que pour travailler pour un fournisseur de SMU (ou un exploitant de services ambulanciers) en Ontario :

> Un préposé aux soins médicaux d'urgence doit avoir, avant le 1er janvier 2002, suivi un programme en soins ambulanciers d'urgence donné par un collège d'arts appliqués et de technologie ou avoir de l'expérience et des compétences reconnues équivalentes par un directeur [traduction libre] (Règlement de l'Ontario, 257/00, alinéa 7(3)*a*)).
> Un préposé aux soins médicaux spécialisé d'urgence doit avoir suivi un programme en soins ambulanciers d'urgence ou un programme de soins paramédicaux offert par un collège d'arts appliqués et de technologie, ou posséder une expérience et des qualités équivalentes reconnues par le directeur [...]. [traduction libre] (*Règl. de l'Ont.*, 257/00, par. 7(4)).

Avoir suivi la formation de préposé aux soins médicaux spécialisés d'urgence (PSMSU) est un préalable pour pouvoir porter le titre d'« ambulancier paramédical ».

Il n'existe pas de règlement régissant la pratique des ambulanciers paramédicaux « non autorisés » ni des entreprises qui les emploient (les entreprises de services de transport et de services médicaux énévementiels, par exemple). Par conséquent, ces entreprises formulent leurs propres exigences en ce qui concerne les études. En plus d'employer des ambulanciers paramédicaux « non autorisés » et, dans certains cas, des ambulanciers paramédicaux « autorisés », elles emploient des personnes titulaires d'un certificat de premier répondant ou d'autres titres et qualités.

Autres provinces et territoires

Sur le site Web du Emergency Medical Assistants Licensing Board du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, on mentionne que les personnes qui souhaitent devenir des ambulanciers paramédicaux doivent suivre un programme de formation reconnu par ce conseil et obtenir l'accréditation correspondante avant de demander une licence d'ambulancier ou toute autre attestation délivrée par la Colombie-Britannique. (site Web du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique).
Les programmes d'APPN, d'APNA et d'APNS doivent être accrédités par l'AMC, mais aucune exigence *réglementaire* ne porte sur les attestations d'études.

Le Paramedic Academy at the Justice Institute de la Colombie-Britannique est le seul fournisseur offrant la formation d'APPN et d'APNA dans la province. Le programme d'APPN s'échelonne sur huit mois (669 heures) : un mois de cours en ligne, quatre mois de cours théorique en classe et trois mois de disponibilité pour travailler dans un hôpital ou une ambulance. Pour pouvoir s'inscrire à ce programme, il faut avoir suivi un cours de 105 heures de répondant médical d'urgence ou un cours équivalent. De son côté, le programme d'APNA s'échelonne sur 20 mois : 1765 heures, dont 1040 en pratique clinique (site Web du Justice Institute de la Colombie-Britannique).

En Alberta, *la réglementation visant les ambulanciers paramédicaux est en pleine transition. La profession, actuellement réglementée par la Health Disciplines Act* (HDA) et l'Emergency Medical Technicians Regulation (*Règlement de l'Alberta* 48/1993) (EMTR), et surveillée par le Health Disciplines Board, sera bientôt autoréglementée en vertu de la Health Professions Act (HPA) et surveillée par l'Alberta College of Paramedics. L'EMTR précise simplement que toute personne ayant « suivi un programme d'études [...] approuvé par le Health Disciplines Board » [traduction libre] peut s'inscrire (EMTR, sous-alinéa 3(a)*i*)). Les personnes qui souhaitent passer les examens pour devenir technicien médical d'urgence (EMT) ou technicien médical d'urgence-paramédical (EMT-P) (soit les examens équivalant aux examens pour devenir PSMSU et APNA en Ontario) doivent avoir suivi un programme de formation approuvé. (site Web de l'Alberta College of Paramedics).

Le Northern Alberta Institute of Technology (NAIT) est un des établissements qui offrent des programmes approuvés pour obtenir ces titres (EMT et EMT-P). La réussite du cours de RMU de 52 heures est un préalable pour s'inscrire au programme d'EMT. Ce programme comporte 300 heures de théorie, 40 heures de pratique dans un hôpital et de 8 à 16 semaines de pratique en ambulance. Le programme d'EMT-P s'échelonne sur 3 semestres de cours en classe et comporte 1364 heures de pratique en ambulance et dans un hôpital.

En Saskatchewan, la profession d'ambulancier paramédical est réglementée, en vertu de la *Paramedics Act*, par le Saskatchewan College of Paramedics (SCoP). Les exigences en matière de formation sont énoncées dans les règlements administratifs du SCoP (SCoP, septembre 2012), qui précisent qu'une « personne qui soumet pour la première fois une demande d'inscription doit [...] avoir réussi un des programmes suivants : (i) « dans le cas d'une inscription en tant que technicien médical d'urgence (EMT) [équivalent d'un APPN en Ontario], un programme de technicien médical d'urgence reconnu par l'AMC ou un programme menant à un certificat en soins paramédicaux de premier niveau approuvé par le conseil [...] » (sous-alinéa 2(1)*c*)(ii)); (ii) « dans le cas d'une inscription en tant que technicien médical d'urgence avancé (EMT-A) [aucun équivalent en Ontario], un programme de technicien médical d'urgence avancé reconnu par l'AMC ou un programme menant à un certificat en soins paramédicaux intermédiaires approuvé par le conseil [...] » (sous-alinéa 2(1)*c*)(iii)); et (iii) « dans le cas d'une inscription en tant que technicien médical d'urgence-paramédical (EMT-P) [équivalent de l'APNA en Ontario], un programme de technicien médical d'urgence-paramédical reconnu par l'AMC ou un programme en soins paramédicaux avancés approuvé par le conseil [...] » (sous-alinéa 2(1)*c*)(iv)) [traduction libre].

Le site Web du SCoP contient des liens vers des cours fournis par le Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology (SIAST) pour obtenir une attestation d'EMT accréditée par l'AMC (programme appelé « Primary Care Paramedic » ou ambulancier paramédical de premier niveau) et une attestation d'EMT-P (appelé « Advanced Care Paramedic » ou ambulancier paramédical de niveau avancé) [traduction libre]. Le programme d'APPN du SIAST s'échelonne sur 28 semaines et comporte 468 heures de cours théorique en classe et 338 heures de pratique en clinique et sur le terrain. Le programme menant à l'obtention d'un diplôme d'APNA s'échelonne sur 59 semaines et comporte 712 heures de cours théorique en classe et 1016 heures de pratique en clinique et sur le terrain (site Web du SIAST).

Niveaux d'inscription

Un éventuel ordre des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario devra comporter trois niveaux d'inscription, chaque niveau correspondant à un des trois niveaux d'ambulancier paramédical actuellement décrits dans le PNCP, soit l'APPN, l'APNA et l'APNS, étant donné que leur champ d'exercice est différent.

Ensemble de connaissances et champ d'exercice

> Les soins paramédicaux se situent au carrefour des soins de santé, de la santé publique et de la sécurité publique. L'ambulancier paramédical doit son existence à ces trois secteurs, et chacun d'eux constitue un volet de sa formation. La pratique médicale résulte d'une synergie entre les connaissances propres à chacun de ces trois domaines; elle forme un ensemble unique de connaissances qui se distingue de ses origines. (Beebe et Myers, 2010, p. 4).

L'ensemble des connaissances de base de la profession est à l'image de l'environnement particulier dans lequel évolue l'ambulancier paramédical (soit le milieu extrahospitalier); il réunit les connaissances et les habiletés médicales axées sur la sécurité des patients. Le vaste éventail de patients, de cas et de conditions externes qu'il rencontre quotidiennement suppose que son ensemble de connaissances est tout aussi diversifié. Il s'agit néanmoins d'un ensemble de connaissances intégré qui va de la préparation de l'ambulance au transfert du patient à une équipe de soins, en passant par la réception de l'appel, la gestion du lieu, l'évaluation et le traitement du patient et son transport.

Comme il est mentionné sur le site Web de la DSSU du MSSLD, l'ensemble des connaissances de base des ambulanciers paramédicaux comprend les domaines suivants :

i) anatomie et physiologie, du nouveau-né au vieillard
ii) physiopathologie
iii) processus pathologiques et traumatiques
iv) tests de diagnostic
v) soins d'urgence
vi) assistance respiratoire
vii) soulagement des symptômes
viii) pharmacologie
ix) administration de médicaments
x) réanimation cardiaque
xi) enjeux juridiques et éthiques
xii) psychologie et sociologie
xiii) communication de soutien et communication thérapeutique
xiv) intervention en situation de crise
xv) évaluation et traitement du patient
xvi) sécurité et préparation du matériel
xvii) collaboration professionnelle
xviii) facteurs liés au transport
xix) habiletés de conduite
xx) procédures relatives à la documentation
xxi) protocoles relatifs à la communication radio ou autre

L'ensemble des connaissances de l'ambulancier paramédical est clairement défini dans les profils de compétence et les manuels de référence. Par exemple, le PNCP décrit huit domaines de compétence :

1. responsabilités professionnelles
2. communication
3. santé et sécurité
4. évaluation et diagnostic (physiopathologie comprise)
5. agents thérapeutiques
6. intégration (évaluation complète et traitement)
7. transport
8. promotion de la santé et sécurité publique

Chaque compétence se divise en compétences particulières, puis en sous-compétences. Par exemple, « évaluation et diagnostic » compte 51 sous-compétences, « agents thérapeutiques » en compte 67, et « intégration » 25. Bien que ce ne soient pas les ambulanciers paramédicaux de tous les niveaux qui sont appelés à *effectuer* les interventions décrites dans ces sous-compétences, le PNCP considère que seulement 7 des 143 sous-compétences en question ne s'appliquent pas à l'APPN, et que seulement 4 autres ne requièrent qu'une « connaissance de base ». Pour les 132 sous-compétences qui restent, l'APPN doit avoir au moins une compréhension théorique de celles-ci, et, dans la plupart des cas, avoir montré qu'il possède les compétences requises sur le terrain, en clinique ou lors d'un exercice de simulation. Les exigences du PNCP relatives à l'APNA et à l'APNS sont, évidemment, plus élevées.

Chevauchements avec d'autres professions réglementées

L'ensemble des connaissances de l'ambulancier paramédical chevauche celui de plusieurs autres professions de la santé qui s'autoréglementent (infirmières et infirmiers, sages-femmes, inhalothérapeutes, médecins, etc.). Par exemple, l'ensemble des connaissances de l'infirmière comprend des compétences en anatomie et en physiologie, en physiopathologie, en pharmacologie, en soins aux patients et en communication thérapeutique (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2008). La sage-femme a des connaissances spécialisées dans des domaines liés à la grossesse, soit en anatomie et en physiologie, en pharmacologie, en évaluation, en diagnostic et en modalités thérapeutiques. (Ordre des sages-femmes de l'Ontario, 1994). L'ensemble des connaissances de l'inhalothérapeute comprend des compétences en évaluation respiratoire et en test de diagnostic, en pharmacologie, en assistance respiratoire et en interventions relatives aux soins par intraveineuse (Alliance nationale des organismes de réglementation de la thérapie respiratoire, 2011). Enfin, l'ensemble des connaissances du médecin comprend des compétences

en évaluation de patients, en anatomie et en physiologie, en pharmacologie, en établissement de diagnostics et en modalités thérapeutiques (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005).

Pratique basée sur des données probantes

La pratique médicale fondée sur des données probantes est une démarche relativement nouvelle, qui fait intervenir l'examen d'études portant sur des essais comparatifs randomisés (ECR), des méta-analyses et d'autres données probantes d'une grande rigueur. La profession est relativement jeune, car elle découle de la reconnaissance des soins paramédicaux en tant que soins de santé, et non en tant que service visant essentiellement la sécurité publique. Aussi le nombre d'études fondées sur des données probantes sur le sujet est-il moins élevé que pour d'autres professions de la santé (infirmières ou médecins, par exemple). En 2001, la National Association of EMS Physicians, un organisme américain qui compte des ambulanciers paramédicaux parmi ses membres, a établi un programme de recherche visant les fournisseurs de SMU à l'échelle nationale. Selon ce programme :

> Il n'existe pas suffisamment d'études de bonne qualité sur les fournisseurs de SMU pour permettre une amélioration des résultats cliniques. De fortes sommes d'argent sont dépensées en soins de santé sans qu'il y ait d'évaluation rigoureuse de l'efficacité de ces soins (2001, p. 7).

Une analyse des lacunes menée par le Emergency Medical Services for Children National Resource Center des États-Unis a permis de conclure qu'il n'existait pas de données probantes sur les traitements utilisés en milieu préhospitalier (2009, p. 6) et

> que la recherche en soins préhospitaliers n'avait pas suivi le même rythme que la recherche dans d'autres disciplines médicales. Par conséquent, un grand nombre d'interventions visant à traiter et à stabiliser les cas urgents en milieu extrahospitalier ne sont pas soutenues par des données scientifiques (p. 8).

Au Canada, Jensen et coll. (2011b) ont soutenu que « de nombreuses disciplines de la santé, notamment les services médicaux d'urgence (SMU), étaient confrontées à la rareté des études qui permettraient de dégager des données probantes fiables » [traduction libre] (p. 1). Des organisations (DSMUC, ICSP, Association des paramédics du Canada) et des universités (Université Dalhousie et Université de Toronto) ont souligné l'absence de données probantes. À la suite de cette constatation, pour corriger ces lacunes des programmes de recherche ont été mis sur pied, et des études ont été entreprises. Par conséquent, « la recherche en matière de soins préhospitaliers s'intensifie, et le nombre de données probantes sur de nombreuses interventions en milieu préhospitalier augmente » [traduction libre] (Jensen, Petrie, Cain et Travers, 2009, p. 668).

Malgré ces lacunes, la pratique médicale fondée sur des données probantes a influencé plusieurs aspects de la pratique paramédicale. Pensons, par exemple, au Ontario Stroke System, élaboré par le MSSLD et la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC de l'Ontario, mis en œuvre de 2000 à 2004 (Lewis et coll., 2006, p. 50). Se fondant sur une étude réalisée par le National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) aux États-Unis ayant montré que la thrombolyse rapide améliorait grandement la santé des victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) (NINDS 1995), la Fondation a élaboré une stratégie pour l'Ontario. Cette stratégie fait appel à des centres pour victimes d'AVC situés dans les régions et les districts pourvus des ressources nécessaires. Des protocoles sur les soins à prodiguer aux victimes d'AVC sont intégrés dans la stratégie. Une partie essentielle de celle-ci est fondée sur l'affirmation selon laquelle « le système de SMU doit être organisé pour traiter l'AVC comme une urgence médicale de priorité absolue, soit en apprenant au personnel des fournisseurs de SMU à reconnaître un AVC grave et en mettant en place des protocoles de gestion de ces cas » [traduction libre] (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC de l'Ontario, 2000, p. 84), afin de faire en sorte que ces patients soient traités dans les meilleurs délais. Cette initiative a mené à l'élaboration par le MSSLD, en 2004, du Paramedic Prompt Card for Acute Stroke Protocol, qui a été revu en 2011. Ce protocole permet de diriger ou de transporter un patient vers un centre de victimes d'AVC désigné plutôt que vers un hôpital communautaire ou un établissement médical situé plus près, mais qui n'a pas les ressources nécessaires pour traiter ces cas (DSSU du MSSLD, février 2011). Une étude sur les effets de ce protocole à Toronto a permis de conclure que « son succès avait été immédiat en ce qui concerne son objectif principal, soit d'améliorer l'accessibilité aux services de tiers pour les patients victimes d'AVC admissibles » [traduction libre] (Gladstone *et coll.*, 2009, p. 3843).

Un protocole semblable porte sur l'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI). L'ambulancier paramédical qui possède des connaissances pratiques en électrocardiogramme à 12 dérivations peut communiquer directement avec un cardiologue pour demander la préparation du laboratoire de cathétérisation, contournant ainsi les autres établissements médicaux. Cependant, ce protocole n'est pas mis en œuvre dans l'ensemble de la province, parce les ressources nécessaires ne sont pas disponibles partout (Beausoleil, 2012, p. 7; voir aussi le Réseau ontarien de soins cardiaques, 2010)[15].

Des ambulanciers paramédicaux ont participé à l'Étude ontarienne sur les soins préhospitaliers avancés de maintien des fonctions vitales de l'Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa. Cette étude de grande envergure portait sur des interventions préhospitalières et leurs répercussions sur différents groupes de patients adultes.

[15] La dernière région ontarienne à adopter le protocole de contournement visant les STEMI l'a fait dans le cadre du Central East Prehospital Care Program (CEPCP) (programme de l'hôpital principal). La mise en œuvre du protocole a eu lieu en janvier 2013 (site Web du CEPCP).

Les résultats, publiés en 2005, ont permis de constater que dans le cas d'un arrêt cardiaque subi à l'extérieur d'un hôpital, les soins avancés de maintien des fonctions vitales n'avaient pas permis d'améliorer le taux de survie comparativement au programme de maintien des fonctions vitales avec défibrillation rapide » [traduction libre] (Stiell, 2005, p. 1; voir aussi Stiell et coll., 2004). Par contre, les résultats publiés en 2007 ont montré que l'ajout d'interventions de soins avancés de maintien des fonctions vitales en cas de détresse respiratoire avait permis de réduire le taux de mortalité (Stiell et coll., 2007). Une troisième étude intitulée *The OPALS Major Trauma Study* a montré que dans les cas de traumatismes graves, « la mise en œuvre systémique de programmes de maintien des fonctions vitales avancés et complets n'avait pas permis de réduire les taux de mortalité ni de morbidité » [traduction libre] (Stiell et coll. 2008).

D'autres études ont confirmé les conclusions de l'Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa (Isenberg et Bissel, 2005; Liberman et Roudsari, 2007; Seamon et coll., 2013). Un examen systématique de la documentation rédigée par Jensen et coll. (2010) a, de son côté, permis de constater que « les données actuelles ne permettaient pas d'établir une différence entre les résultats d'une intubation trachéale et des techniques auxiliaires de dégagement des voies respiratoires » [traduction libre] (p. 139). Par contre, l'étude de Stiver et Manley (2008) fait remarquer que « la stabilisation et la qualité des soins sur le lieu de l'intervention sont tout aussi importantes que la vitesse d'exécution pour réduire les effets négatifs d'un traumatisme crânien grave » [traduction libre] (p. 5).

À la suite d'études présentant les avantages de la ventilation spontanée avec pression expiratoire positive en milieu extrahospitalier et son application par les ambulanciers paramédicaux (Kosowsky et coll., 2000, 2001; Kallio et coll., 2003; Thompson, Petrie, Ackroyd-Stolarz et Bardua, 2008), cette technique thérapeutique a été intégrée aux soins avancés de maintien des fonctions vitales par une directive médicale auxiliaire (ALS, p. 3-4-3-6, 4-5-4-7). D'autres études ont confirmé l'efficacité de cette technique (Cheskes, Thomson et Turner, 2012; Dib, Matin et Luckert, 2012; Williams, Finn, Perkins et Jacobs, 2013; Williams, Boyle, Robertson et Giddings, 2013).

Des ambulanciers paramédicaux participent aussi à deux études menées par le Regional Paramedic Program for Eastern Ontario (RPPEO). La première porte sur le suivi en milieu extrahospitalier de la règle concernant la radiographie de la colonne cervicale (Vaillancourt et coll., 2009), et l'autre, sur l'assistance respiratoire (RPPEO, sans date). Ils participent également à une étude menée par le Resuscitation Outcomes Consortium (ROC), qui établit une comparaison entre la compression thoracique continue et la réanimation cardiorespiratoire habituelle (site Web du ROC).

Une autre initiative visant à corriger les faiblesses en recherche est le Canadian Prehospital Evidence Based Practice Project (EMSPEP), un projet canadien réunissant des médecins de SMU, des ambulanciers paramédicaux, des membres de la division des SMU de l'Université Dalhousie et les Emergency Health Services de la Nouvelle-Écosse. Cette initiative lancée en 1998 a pour but de « répertorier les études portant sur les SMU [...], d'être une ressource en matière d'élaboration de protocoles régionaux de SMU [...] et d'élaborer un processus axé sur l'utilisation des données probantes pour évaluer les modifications à la pratique suggérées par les ambulanciers paramédicaux » [traduction libre] (site Web de l'EMSPEP). La banque de données du Plan provincial d'urgence regroupe des analyses sur plus de 100 protocoles visant les ambulanciers paramédicaux qui sont liés à des études offrant des données très fiables, fiables ou peu fiables (en faveur ou en défaveur du protocole, ou neutres). Son but est de permettre aux ambulanciers paramédicaux « de voir exactement quelles données probantes appuient leurs interventions sur le terrain, et, peut-être, pourquoi certaines interventions ont été abandonnées au fil du temps. Ce plan fait ressortir des lacunes dans les connaissances » [traduction libre] (site Web de l'EMSPEP). Les chercheurs de l'EMSPEP, en collaboration avec d'autres chercheurs, ont récemment proposé une méthode d'élaboration d'un programme de recherche sur les SMU au Canada qui s'apparente à ceux utilisés en Australie et aux États-Unis. Ce programme favoriserait la conception d'une approche fondée sur des données probantes visant les soins préhospitaliers (Jensen et coll., 2011b, p. 2). Le projet comprend des entrevues de base qualitatives, une table ronde réunissant des informateurs clés et un questionnaire suivant l'approche Delphi.

Rescu est un projet de recherche de grande envergure mené par la division Emergency Medicine de l'Université de Toronto et auquel contribuent des services de soins paramédicaux. Ce projet porte essentiellement sur les traumatismes et la réanimation cardiorespiratoire. Un volet du projet examine l'utilisation de l'hypothermie thérapeutique (une technique éprouvée pour limiter les dommages au cerveau en cas d'arrêt cardiaque), utilisée en milieu extrahospitalier afin d'amorcer le traitement plus rapidement et de réduire les dommages au cerveau, le risque de coma et le taux de mortalité chez les victimes d'arrêt cardiaque (site Web du Rescu).

Normes de pratique établies par l'OPA ou par d'autres organismes

L'OPA ne fixe pas de normes de pratique visant les modalités et les services diagnostiques et thérapeutiques. Les normes de pratique des ambulanciers paramédicaux « autorisés » sont à l'heure actuelle fixées par la DSSU du MSSLD, en collaboration avec les programmes des hôpitaux principaux, qui les mettent en application. Ces normes sont décrites dans les guides BLS (pour les APPN) et ALS (pour les APNA) des Services de coordination des placements (SCP)[16].

Perfectionnement professionnel continu

Les ambulanciers paramédicaux « autorisés » doivent suivre chaque année une formation médicale continue de 24 à 40 heures (APPN), de 40 à 80 heures (APNA) et de plus de 80 heures (APNS). Les étudiants doivent suivre des cours cliniques et sur le terrain. Les cours cliniques sont fournis par les programmes d'hôpitaux principaux, et les cours sur le terrain, par les SMU. Les ambulanciers paramédicaux « non autorisés » n'ont aucune obligation de perfectionnement professionnel, sauf si leur employeur l'exige. La formation médicale continue des ambulanciers paramédicaux « autorisés » cible les compétences plutôt que le perfectionnement professionnel. En Ontario, ces professionnels poursuivent la plupart du temps leur perfectionnement professionnel en s'inscrivant à des programmes d'enseignement comme le programme d'ambulancier paramédical de niveau avancé offert par Ornge, le programme d'ambulancier paramédical aérien et le programme d'APNS. Ils peuvent également suivre des programmes universitaires. Le perfectionnement professionnel peut également emprunter d'autres voies, comme la prestation de cours et la participation aux programmes des hôpitaux principaux.

Champ de pratique proposé

L'OPA ne propose pas de modifier les champs de pratique des ambulanciers paramédicaux membres d'un éventuel ordre des ambulanciers paramédicaux en Ontario, sauf en ce qui concerne les actes autorisés. Le champ d'exercice de chaque niveau d'ambulancier paramédical demeurerait inchangé et serait harmonisé avec sa description dans le PNCP. Seule exception, les actes autorisés ne pourraient plus être exécutés sur délégation du directeur médical d'un programme d'hôpital principal. Les ambulanciers paramédicaux membres de l'ordre seraient autorisés à exécuter les sept actes autorisés prévus dans leur champ d'exercice qu'ils exécutent actuellement, comme il a été discuté ci-dessus. L'OPA souhaite que la délégation d'actes autorisés exécutés par des ambulanciers paramédicaux respecte les termes de la LPSR (articles 27 et 28) et le *Règlement de l'Ontario* 107/96. Plus particulièrement, l'APNA et

[16] Comme ces documents sont volumineux (293 et 199 pages, respectivement), ils n'ont pas été annexés à cette demande.

l'APNS seraient autorisés à déléguer des actes autorisés à des fins didactiques dans leur rôle de précepteur.

Les ambulanciers paramédicaux inscrits seraient autorisés à exécuter les mêmes modalités diagnostiques et thérapeutiques qu'à l'heure actuelle. Les limites de la profession d'ambulancier paramédical réglementée en vertu de la LPSR devraient être en accord avec celles qui encadrent actuellement les ambulanciers paramédicaux « autorisés ». Seule exception, l'exécution des actes autorisés ne nécessiterait plus l'autorisation du directeur médical d'un hôpital principal.

Le champ d'exercice proposé correspond au champ d'exercice actuel des ambulanciers paramédicaux «autorisés » en Ontario. Comme le champ d'exercice actuel a pour but de protéger l'intérêt public et qu'il le fait bien, peu de changements devraient être apportés à cet égard. Cependant, la réglementation par un ordre des ambulanciers paramédicaux actuellement « non autorisés » est tout à fait dans l'intérêt public. Elle protégera davantage les citoyens et élargira l'offre de fournisseurs de soins de santé qualifiés et dont la pratique est réglementée. Étant donné que le champ d'exercice proposé est identique au champ d'exercice actuel, les chevauchements avec d'autres professionnels de la santé dont la profession est actuellement réglementée, notamment les infirmières et infirmiers, les infirmières et infirmiers praticiens, les médecins, les thérapeutes respiratoires et les sages-femmes, demeureraient les mêmes (voir p. 9 pour en savoir davantage).

Incidence économique de la réglementation

Plan d'affaires d'un éventuel ordre des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario

Un plan d'affaires d'un éventuel ordre des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario a été joint à cette demande (voir annexe C).

Conséquences économiques et financières

Aucune incidence initiale sur les programmes d'enseignement et de formation n'est prévue. Par contre, des changements pourraient s'avérer nécessaires s'il est établi qu'une formation plus poussée en soins paramédicaux permettrait de mieux protéger l'intérêt public. Ces changements auraient des incidences financières pour les établissements d'enseignement et les personnes qui souhaitent embrasser la profession d'ambulancier paramédical. Dans le système de réglementation actuel, les programmes d'APNA doivent être accrédités par l'AMC. Aux termes de la LPSR, il est possible que les programmes d'APPN et d'APNS doivent eux aussi être accrédités. Bien que plusieurs programmes d'APPN en Ontario soient déjà accrédités par l'AMC, si une telle accréditation devenait obligatoire, les établissements d'enseignement devraient assumer certains coûts supplémentaires.

L'élargissement de la portée de la réglementation afin d'inclure les ambulanciers paramédicaux actuellement « non autorisés » donnerait aux ambulanciers paramédicaux une plus grande marge de manœuvre pour offrir des services de soins de santé au-delà de l'environnement hospitalier (dans les communautés, en collaboration avec les services de santé publique, les cliniques communautaires, les salles d'urgence, etc.), comme c'est de plus en plus le cas dans les programmes de soins paramédicaux communautaires. Cette initiative contribuerait à résoudre les problèmes liés à la rareté des ressources humaines dans le système de soins de santé. L'autoréglementation permettrait d'harmoniser l'amélioration continue de la qualité des ambulanciers paramédicaux avec les approches déjà utilisées par les ordres qui, en Ontario, s'autoréglementent. Elle permettrait de réduire les exigences annuelles coûteuses auxquelles doivent faire face les ambulanciers paramédicaux (nombreuses heures consacrées à la formation médicale continue et renouvellement de leur accréditation), et leur donnerait l'occasion d'élargir leurs connaissances en médecine et en traitement. Cependant, il est possible qu'à l'avenir, dans plusieurs établissements, la formation médicale continue soit offerte sur la base du recouvrement des coûts, ce qui pourrait avoir une incidence financière pour les ambulanciers paramédicaux.
Des économies seront réalisées grâce au regroupement des activités liées à l'amélioration continue de la qualité sous un seul organisme et à l'élimination du chevauchement actuel (enquêtes et mesures disciplinaires).

Un régime d'autoréglementation améliorerait l'accès aux soins, car les ambulanciers paramédicaux actuellement « non autorisés » pourraient exécuter des actes autorisés et offrir d'autres services que les SMU. Ils pourraient ainsi travailler en fonction d'un champ d'exercice réglementé à l'échelle provinciale et assumer des rôles non traditionnels, ce qui se traduirait par une utilisation améliorée des ressources cliniques. On prévoit aussi une augmentation de l'efficience et la réalisation d'économies au sein du système de santé étant donné la rationalisation des processus liés aux fonctions obligatoires et l'élimination du double emploi.

L'autoréglementation ne devrait pas avoir de répercussions indésirables sur l'efficacité ni le coût des services. Elle pourrait même avoir une incidence positive puisque la formation médicale continue et d'autres processus d'assurance de la qualité seraient rationalisés et que les ambulanciers paramédicaux n'auraient plus à consacrer autant de temps à ces activités.

Comme le décrit le plan d'affaires de l'ordre des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario (annexe C), le nombre d'ambulanciers paramédicaux déjà régis aux termes de la *Loi sur les ambulances* s'avère suffisant pour soutenir financièrement un tel ordre.

En Ontario, un nombre important d'ambulanciers paramédicaux possèdent une vaste expérience en gestion acquise dans le cadre de leur travail en tant que chef,

sous-chef ou autre rôle dans les 51 SMU. Une telle expérience comporte trois volets de gestion : administratif, financier et axé sur les ressources humaines. On peut aussi y rattacher des responsabilités de formation continue (opérationnelle et clinique) et d'assurance de la qualité (répondre aux plaintes, diriger les inspections de sites de la DSSU du MSSLD, etc.). Les ambulanciers paramédicaux ontariens connaissent très bien les fonctions des programmes des hôpitaux principaux parce que certains y ont occupé des postes de directeur, de gestionnaire et de coordonnateur. D'autres ont occupé des postes de cadre supérieur à la DSSU du MSSLD. Certains ambulanciers paramédicaux sont des membres actifs d'associations professionnelles comme l'OPA, ses sections régionales, l'Association des paramédics du Canada ou l'Ontario Association of Paramedic Chiefs, un travail qui demande des aptitudes en gestion et en communication avec le public.

En Ontario, beaucoup d'ambulanciers paramédicaux ont participé ou participent, à titre de formateur ou d'administrateur, aux programmes offerts par les collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario, les collèges privés et les établissements non scolaires comme EMS Toronto et Ornge. Une telle expérience fournit à la profession un large bassin de personnes qui connaissent les liens entre les programmes, les compétences paramédicales et les exigences pour accéder à la pratique. En plus d'avoir suivi un programme de formation en soins paramédicaux, bon nombre d'ambulanciers paramédicaux sont aussi titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme d'études supérieures. Étant donné la nature de leur travail, les ambulanciers paramédicaux sont sensibilisés aux questions qui préoccupent la population, et ils ont acquis les habiletés nécessaires pour communiquer efficacement avec quiconque. Enfin, ils entretiennent d'excellentes relations avec les autres professionnels de la santé, encore une fois en raison des conditions propres à la prestation de soins paramédicaux. Pour ces raisons, l'OPA peut affirmer en toute confiance que la profession possède l'expérience requise pour assumer les fonctions réglementaires requises par un ordre professionnel des ambulanciers paramédicaux.

Coûts pour les employeurs

L'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux n'entraînerait pas d'augmentation des coûts d'emploi pour les fournisseurs de SMU en Ontario. En effet, ils ont déjà mis en place des mécanismes pour assurer le respect des exigences réglementaires visant la formation continue et le renouvellement de l'accréditation. Étant donné qu'un des buts de l'autoréglementation est de transférer la responsabilité du perfectionnement des compétences aux praticiens eux-mêmes, il est improbable que les employeurs aient à assumer des coûts additionnels à cet égard. Les entreprises privées de transport de patients et de services médicaux qui emploient actuellement des ambulanciers paramédicaux « non autorisés » pourraient cependant devoir assumer des coûts additionnels s'ils devaient mettre sur pied des mécanismes de formation médicale continue et de perfectionnement des compétences.

Coûts en temps pour les professionnels

À l'heure actuelle, les APPN « autorisés » en Ontario doivent suivre chaque année de 24 à 40 heures de formation médicale continue, les APNA « autorisés », de 40 à 80 heures, et les APNS « autorisés », plus de 80 heures. Les programmes des hôpitaux principaux fournissent 8 heures de formation médicale continue aux APPN et 24 heures aux APNA, et administrent un programme de renouvellement annuel de l'accréditation (une journée de 8 heures). Ces formations sont composées de cours obligatoires (défibrillation manuelle externe et semi-automatique et soulagement des symptômes, par exemple) et facultatifs. Ce sont les SMU qui fournissent le reste de la formation. Les ambulanciers paramédicaux considèrent la formation médicale continue comme l'exigence professionnelle qui leur demande le plus de temps. Bien qu'une telle formation soit encore exigée sous un régime d'autoréglementation, on croit que le temps requis pour s'y conformer ne serait pas plus long, et qu'il pourrait même être plus court (par exemple, si le processus de renouvellement de l'accréditation repose sur les risques, comme c'est le cas pour d'autres ordres professionnels en Ontario).

Mécanismes réglementaires

En Ontario, les ambulanciers paramédicaux « non autorisés » ne sont assujettis à aucun mécanisme réglementaire. Les ambulanciers paramédicaux « autorisés », par contre, sont assujettis à la *Loi sur les ambulances*. Les mécanismes réglementaires déterminés par cette loi comportent la surveillance par la DSSU du MSSLD, les SMU et les programmes des hôpitaux principaux, soit : l'approbation des programmes de formation par le MSSLD, l'accréditation par le MSSLD (en réalité, une accréditation et une inscription), l'accréditation par le programme d'un hôpital principal (en réalité, une autorisation visant les ambulanciers paramédicaux employés par les SMU), l'assurance de la qualité par la DSSU du MSSLD (plaintes et enquêtes), les SMU (formation médicale continue, plaintes et enquêtes) et le programme d'un hôpital principal (formation médicale continue, accréditation annuelle, plaintes et enquêtes). Voir à la figure 1 le diagramme du mécanisme réglementaire actuel.

Réglementation des ambulanciers paramédicaux selon leur propre ordre

L'OPA estime que la profession d'ambulancier paramédicale en Ontario doit être autoréglementée par son propre ordre professionnel parce que l'approche réglementaire actuelle n'est pas harmonisée avec la réglementation à laquelle sont assujettis les autres professionnels avec qui les ambulanciers paramédicaux, en tant que partie intégrante du système de la santé de l'Ontario, travaillent quotidiennement (les infirmières, les infirmiers et les médecins des urgences, tout particulièrement), même si les ambulanciers paramédicaux exécutent dans bien des cas les mêmes actes autorisés que ces professionnels. D'ailleurs, comme l'a souligné le groupe de

travail sur la transition des services d'ambulance terrestre en 1998, il n'est pas logique que des professionnels de la santé qui exécutent seulement des actes non effractifs puissent s'autoréglementer, et que les ambulanciers paramédicaux, à qui on délègue le pouvoir d'administrer des médicaments puissants et d'exécuter des actes effractifs, ne le puissent pas (GTTSAT, 1998, p. 7).

L'autoréglementation par un ordre d'ambulanciers paramédicaux offrirait un avantage important, soit de permettre l'instauration d'un seul organisme de réglementation des ambulanciers paramédicaux en Ontario. Il remplacerait le régime actuel, dans lequel les responsabilités réglementaires sont partagées entre la DSSU du MSSLD, 51 SMU et 8 programmes d'hôpitaux principaux. Malgré les efforts déployés, la multiplication des acteurs ne peut manquer d'entraîner des divergences et des incohérences relatives aux exigences et aux attentes auxquelles doivent répondre les ambulanciers paramédicaux pour prouver leur compétence et satisfaire aux exigences des SMU. L'intégration des ambulanciers paramédicaux « non autorisés » serait aussi un avantage considérable.

Les professions de la santé sont réglementées afin d'assurer la protection des citoyens qui demandent ou reçoivent des soins. L'autoréglementation repose sur la notion que les membres d'une profession, grâce à leurs connaissances, à leurs habiletés et à leur jugement, sont les mieux placés pour régir leur profession dans l'intérêt du public. Des exigences précises et très spécialisées visant l'ensemble des compétences ont été énoncées dans le PNCP pour encadrer l'accès à la pratique paramédicale. Les ambulanciers paramédicaux sont considérés comme des fournisseurs de soins de santé qui travaillent généralement dans des environnements non contrôlés, avec très peu de supervision directe. Compte tenu de ces faits et de la croissance de la profession depuis une dizaine d'années, il est logique de penser que l'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux par un ordre assujetti à la LPSR assurerait une protection adéquate de la population.

L'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en vertu de la LPSR offrirait une certaine latitude. La profession pourrait adopter des politiques et des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes avec l'aide de professionnels de la santé dont la profession est réglementée et ainsi garantir la responsabilité, la transparence et la protection de la population. Un ordre des ambulanciers paramédicaux permettrait de confirmer les connaissances, les habiletés et la compétence des ambulanciers paramédicaux inscrits.

Autres formes de réglementation

L'OPA ne croit pas que la réglementation par un ordre professionnel existant est une option viable. La pratique paramédicale extrahospitalière est unique parce qu'elle est exercée dans des environnements relativement non contrôlés et parce que les ambulanciers paramédicaux qui répondent à des urgences médicales et traumatiques doivent évaluer et traiter des patients de façon indépendante à chaque appel. Ils sont considérés comme des experts dans la prestation de ce type de services. Aussi, étant donné le nombre toujours croissant de praticiens (environ 7000 ambulanciers paramédicaux « autorisés » et 3000 « non autorisés » à l'heure actuelle), une surveillance attentive de la pratique paramédicale est requise, et celle-ci ne peut être faite de façon appropriée que par un ordre des ambulanciers paramédicaux.

Comme les ambulanciers paramédicaux « autorisés » ont déjà un cadre réglementaire, l'OPA considère qu'il serait problématique qu'ils s'associent à des professionnels qui n'en ont pas pour demander l'autoréglementation. L'OPA ne connaît aucune profession non réglementée du secteur de la santé dont l'ensemble des connaissances et le champ d'exercice sont semblables à ceux des ambulanciers paramédicaux.
L'OPA considère aussi que l'autoréglementation volontaire ne conviendrait vraiment pas et ne protégerait pas l'intérêt public, étant donné le risque de préjudice que comporte la pratique paramédicale. L'accréditation est appropriée pour les programmes de formation, mais non pour la gestion de la pratique individuelle. Le système réglementaire actuel protège l'intérêt public, mais il est complexe et inefficace, et il ne tire pas complètement profit des compétences des ambulanciers paramédicaux.

Lois dans les autres provinces et territoires

Une liste de textes législatifs régissant la profession d'ambulancier paramédical dans les autres provinces et territoires du Canada, dans plusieurs États américains, en Australie et au Royaume-Uni est jointe à cette demande (annexe D).

Capacité des dirigeants à favoriser l'intérêt public, l'appui des membres et la volonté de la profession à s'autoréglementer

L'énoncé de mission de l'OPA se lit comme suit :

> Fournir un leadership et une orientation aux ambulanciers paramédicaux de la province, en misant sur l'autoréglementation et la promotion de la science des soins paramédicaux. Soutenir les ambulanciers paramédicaux et les patients en observant les normes les plus rigoureuses en matière d'éthique, de formation et de soins cliniques [traduction libre] (site Web de l'OPA).

Depuis sa fondation au milieu des années 1990, l'OPA a organisé diverses activités axées sur l'amélioration de la pratique paramédicale (« OPA Queen's Park Lobby Days », « Send The Pros Campaign ». etc.) et a participé à divers comités provinciaux et nationaux sur les SMU. En 2001, l'OPA a tenu sa première conférence provinciale sur la formation et le réseautage à l'intention des ambulanciers paramédicaux. Ces conférences sont devenues les plus importantes conférences de formation en soins paramédicaux au Canada (site Web de l'OPA). Au cours des dernières années, l'OPA a ciblé les objectifs suivants :

- **Excellence clinique :** L'OPA fera pression sur le ministère de l'Éducation et de la Formation et sur les collèges communautaires pour que le PNCP soit adopté comme norme minimale de formation pour chaque champ d'exercice donné. Elle fera de même auprès du ministère de l'Éducation et de la Formation pour que le programme d'APNA soit ajouté à la liste des programmes qui sont financés par l'administration provinciale.

  Elle renforcera son rôle de leader en formation médicale continue des ambulanciers paramédicaux et des futurs ambulanciers paramédicaux. Elle tentera d'offrir, chaque trimestre, des séances de formation médicale continue d'une journée dans différentes régions de l'Ontario. Le contenu sera d'actualité, pertinent et intéressant. En outre, l'OPA espère pouvoir offrir plus de possibilités aux étudiants en soins paramédicaux en donnant un cours de préparation centralisé aux examens généraux de PSMSU.

- **Information et sensibilisation du public :** L'OPA utilisera divers médias pour mieux renseigner le public sur le rôle des ambulanciers paramédicaux dans le régime de soins de santé. L'OPA organisera à l'intention des différentes sections des présentations qui s'adresseront aux enfants de tout âge. Ces présentations pourront être faites dans les écoles (site Web de l'OPA).

Voir le code d'éthique de l'OPA à l'annexe E.

Procédures disciplinaires et relatives aux plaintes

Il existe trois processus distincts de traitement des plaintes et d'application de mesures disciplinaires associés à l'exercice de la profession d'ambulancier paramédical en Ontario. Ces processus sont gérés par les SMU, la DSSU du MSSLD et les programmes des hôpitaux principaux (ces programmes existent sous une forme ou une autre depuis l'entrée en vigueur de la *Loi sur les ambulances*, en 1990). Jusqu'au 1er janvier 2001, les services ambulanciers de la province relevaient exclusivement de la DSSU du MSSLD. Les processus visant les plaintes et les mesures disciplinaires

des fournisseurs de SMU ont donc dû être adoptés après cette date. Les 21 programmes d'hôpitaux principaux ont été harmonisés en 2008 pour former 7 programmes régionaux (ils sont maintenant 8, avec l'ajout du programme d'Ornge). Nous ignorons dans quelle mesure leurs processus visant les plaintes et les mesures disciplinaires sont différents de ceux des anciens programmes.

Selon les renseignements fournis ci-dessus, très peu de plaintes soumises à la DSSU du MSSLD ont abouti à la réaffectation d'un ambulancier paramédical ou à une mesure corrective quelconque. La preuve empirique montre que le nombre de plaintes relatives aux SMU reçues varie d'un service à un autre et que ces plaintes concernent la plupart du temps des questions d'exécution plutôt que des questions cliniques. L'OPA n'a pas de données sur les processus visant les plaintes et les mesures disciplinaires des programmes des hôpitaux principaux ni sur leur efficacité ou sur celle d'autres processus utilisés pour déceler les événements indésirables liés à des soins inadéquats ou à d'autres infractions et pour apporter les correctifs qui s'imposent.

Aucun processus automatique et proactif relatif aux plaintes touchant les ambulanciers paramédicaux « autorisés » n'existe en Ontario. Ils doivent signaler les situations lors desquelles ils estiment avoir offert des services inférieurs aux normes, mais cette démarche fait partie d'un processus d'assurance de la qualité continu et non d'un processus relatif aux plaintes.

Sondage auprès des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario sur l'autoréglementation

En février et mars 2013, l'OPA a mené un sondage en ligne afin de mesurer l'adhésion des ambulanciers paramédicaux, des formateurs en soins paramédicaux et des anciens ambulanciers paramédicaux au projet d'autoréglementation. Au total, 1 821 réponses admissibles ont été reçues, dont plus de 95 % d'ambulanciers paramédicaux. Comme l'illustre la figure 3, plus de 54 % des répondants se sont dit très en faveur de l'autoréglementation en vertu de la LPSR. Pour en savoir davantage sur le sondage, voir l'annexe F

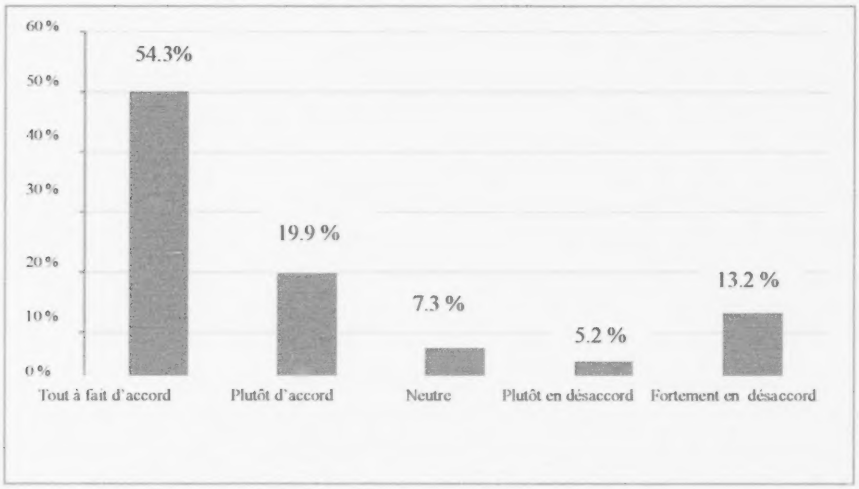


Figure 3. Sondage sur l'appui à l'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario mené par l'Ontario Paramedic Association (2013) (n = 1821)

Appui d'organisations connexes

L'OPA a communiqué avec les programmes des hôpitaux principaux, les ordres professionnels présents en Ontario, des formateurs du domaine paramédical et des organisations et associations connexes des autres provinces et territoires canadiens afin de déterminer dans quelle mesure ils soutenaient la réglementation de la profession d'ambulancier paramédical en vertu de la LPSR, et elle a reçu des lettres d'appui d'un certain nombre d'entre eux (voir annexe G). L'ordre des ambulanciers paramédicaux de la Saskatchewan, l'ordre des sages-femmes de l'Ontario, l'ordre des massothérapeutes de l'Ontario, l'Ontario Association of Paramedic Chiefs et plusieurs formateurs dans le domaine ont répondu à l'appel. L'Ontario Base Hospital Group a déclaré que « les programmes d'hôpitaux principaux provinciaux soutenaient la mise en place d'un corps professionnel regroupant les ambulanciers paramédicaux » [traduction libre].

Nombre d'ambulanciers paramédicaux en Ontario

Selon la DSSU du MSSLD, 7000 personnes travaillent dans les SMU en Ontario. Ce chiffre comprend peut-être les téléphonistes des services d'urgence, comme c'est le cas pour le chiffre fourni par le CCRPS (7217) (sans date, p. 4). Bien que l'OPA n'ait pas de chiffres exacts, il est raisonnable de croire qu'environ 7000 ambulanciers paramédicaux « autorisés » travaillent en Ontario. Selon des sources non officielles,

jusqu'à 3000 ambulanciers paramédicaux « non autorisés » y travaillent aussi. Enfin, environ 1500 ambulanciers paramédicaux « autorisés » sont membres de l'OPA.

Harmonisation avec un ordre de réglementation existant

L'OPA estime qu'il ne convient pas d'harmoniser la pratique paramédicale avec celle d'autres professionnels de la santé régis par un ordre, étant donné le système réglementaire actuel régissant les ambulanciers paramédicaux « autorisés ». Ce serait inefficace en raison de la complexité du système réglementaire existant.

Structure de coût proposé

Les droits d'adhésion proposés seraient de 500 $ pour les ambulanciers paramédicaux de tous les niveaux (APPN, APNA et APNS). Ces droits correspondent à ceux demandés par les autres ordres professionnels en Ontario. Dans cette province, les frais d'adhésion de 16 des 21 ordres professionnels dépassent 500 $. Ils sont moins élevés pour deux ordres, et sont de 500 $ pour deux autres. Ces droits devraient fournir les revenus nécessaires à l'ordre pour lui permettre de remplir ses fonctions réglementaires tout en n'imposant pas un fardeau trop lourd aux membres.

L'inscription initiale, l'évaluation des équivalences et l'examen d'accès à la pratique seront financés sur la base du recouvrement des coûts.

Répercussions sur le système de la santé

Collaboration interprofessionnelle

Au cours des dernières années, la question de la collaboration interprofessionnelle a pris de l'importance dans le système de la santé en Ontario parce que, comme l'explique le CCRPS, il y a

> une tendance croissante vers l'éclatement du contrôle exclusif ou du monopole qu'exercent certaines professions de la santé sur la prestation des soins, pour permettre le chevauchement des champs d'exercice et favoriser la collaboration entre les professionnels au profit des patients [traduction libre] (2008b, p. 2).

Ce problème tire son origine de l'évolution du système de réglementation vers « un système fondé sur des actes autorisés plutôt que sur des professionnels autorisés » [traduction libre] (CCRPS, 2008b, p. 3). Au lieu d'accréditer les fournisseurs de soins de santé, le nouveau système cherche à protéger la population en réglementant les actes qui comportent un risque de préjudice et qui sont exécutés par ces fournisseurs.

Ainsi, un de ses buts premiers est d'examiner les moyens par lesquels les professionnels de la santé qui exercent une profession réglementée peuvent élaborer ensemble des normes et des directives visant la pratique dans les cas où ils partagent l'exécution d'actes autorisés. D'un côté, on cherche à protéger l'intérêt public en s'assurant que les mêmes pratiques exemplaires sont suivies par les professionnels. De l'autre, on cherche à améliorer la qualité des soins de santé, et potentiellement à en faciliter l'accès, en favorisant l'interaction et la collaboration entre les professionnels de la santé dans la prestation de soins aux patients.

Étant donné la nature unique des soins préhospitaliers, l'ambulancier paramédical a généralement moins d'occasions d'entretenir des relations régulières avec d'autres membres des professions de la santé. Les infirmières et infirmiers, les médecins, les inhalothérapeutes, les technologistes médicaux et autres professionnels travaillent souvent ensemble dans un hôpital ou une clinique. Par contraste, la collaboration avec des ambulanciers paramédicaux est de nature plus épisodique; le plus souvent, elle a lieu au moment du transfert du patient au personnel du service des urgences. Même si les ambulanciers paramédicaux « autorisés » de l'Ontario travaillent actuellement en fonction de pouvoirs délégués par le directeur médical d'un programme d'hôpital principal, leurs contacts avec des médecins peuvent être intermittents.

Néanmoins, la collaboration interprofessionnelle revêt une importance particulière pour les ambulanciers paramédicaux, parce qu'ils exécutent des actes autorisés sans supervision directe. Le niveau d'éducation et de formation des ambulanciers paramédicaux, ainsi que les exigences en matière de formation continue (plus coûteuse que pour toute autre profession de la santé réglementée en vertu de la LPSR), une fois combinés à leur expérience de travail en environnement non contrôlé, est la preuve qu'ils ont les compétences nécessaires pour maintenir une collaboration interprofessionnelle conforme aux normes et lignes directrices de la pratique, en particulier lorsque des actes autorisés sont exécutés dans de telles conditions. Cependant, l'absence d'autoréglementation en Ontario est un obstacle à une collaboration interprofessionnelle efficace.

Le CCRPS soutient que « la collaboration interprofessionnelle [...] est plus vaste que le simple fait pour plusieurs professionnels de prodiguer ensemble des soins [...] dans des environnements cliniques » [traduction libre] (2009, p. 8). Jusqu'à ce jour, les ambulanciers paramédicaux ont été plus souvent appelés à le faire dans des environnements cliniques.

À mesure que se multiplient les programmes de soins paramédicaux communautaires visant à pallier les lacunes du système de soins de santé sur le plan du niveau et de la qualité des soins offerts à certains résidents, les ambulanciers paramédicaux interagissent de plus en plus souvent avec d'autres fournisseurs de soins de santé, et ils collaborent aux efforts pour trouver des solutions efficaces aux problèmes de santé

persistants et connus des patients. Par exemple, comme déjà mentionné, le programme des SOCSMU permet aux ambulanciers paramédicaux de diriger un patient vers un centre d'accès aux soins communautaires pour différents services (ergothérapie, physiothérapie et soins infirmiers) à domicile, pour lui éviter d'avoir recours à un moyen de transport d'urgence. La réussite des SOCSMU dépend de la capacité des ambulanciers paramédicaux de comprendre les déterminants de la santé, les services offerts aux résidents et les conditions sous-jacentes, et de suggérer des solutions de rechange au transport d'urgence. Le programme serait moins efficace si les ambulanciers paramédicaux n'étaient pas en position de soutenir la collaboration interprofessionnelle.

Les rôles élargis qu'ils jouent dans certaines régions de la Nouvelle-Écosse, où l'accès à un médecin est difficile, sont un autre exemple qui montre que les ambulanciers paramédicaux possèdent les compétences nécessaires pour collaborer avec les autres professionnels. L'isolement de Long Island et de l'île Brier, dans la baie de Fundy, fait en sorte qu'il est difficile pour les communautés de retenir les services d'un médecin sur place. Les résidents ont donc dû utiliser les SMU et les urgences pour traiter un grand nombre de problèmes de santé. Une initiative communautaire visant les soins paramédicaux a permis de fournir un accès plus rapide à des soins de santé et à des traitements dans les cas non urgents (blessure mineure, injection contre le tétanos, vaccin contre la grippe). Son succès a été tel que les services d'une infirmière praticienne sur place et d'un médecin à distance sont maintenant disponibles. Cet effort de collaboration a mené à la diminution des visites dans les urgences, à un meilleur accès aux soins de santé et à leur continuité (Martin-Misener, Downe-Wamboldt, Cain et Girouard, 2009).

Récemment, dans une autre petite communauté de la Nouvelle-Écosse, l'absence de médecin a mené à la fermeture des urgences et à de longues attentes pour obtenir un rendez-vous chez le médecin. Résultat, des ambulanciers paramédicaux et des infirmières offrent maintenant, en soirée, des services dans le cadre de « centres d'urgence collaboratifs », avec l'aide d'un médecin à distance en cas de besoin. Selon David Wilson, ministre de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse, cette initiative a permis de réduire le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous chez le médecin (Morrison, 2013).

Les ambulanciers paramédicaux « autorisés » qui prodiguent des soins interprofessionnels collaborent le plus souvent avec des infirmières autorisées, des infirmières praticiennes et des médecins dans les services d'urgence. Ils collaborent aussi avec les médecins des programmes des hôpitaux principaux à la formation médicale continue et à la révision des directives et des protocoles médicaux. Étant donné qu'ils exécutent actuellement des actes contrôlés avec l'autorisation du directeur médical d'un programme d'un hôpital principal, ils doivent signaler les situations lors

desquelles ils pensent avoir dispensé des soins de qualité inférieure aux normes, afin d'alimenter les rapports d'appel pour une ambulance aux fins d'évaluation par les programmes d'hôpitaux principaux, de suivre les processus de formation médicale et de renouvellement d'accréditation comme il est déterminé par le programme de l'hôpital principal et, enfin, de collaborer aux enquêtes que le programme choisit de mener. Par conséquent, la structure des rapports est très hiérarchisée.

Les ambulanciers paramédicaux en Ontario n'ont pas eu l'occasion d'augmenter la collaboration interprofessionnelle aussi efficacement qu'ils le souhaitaient, parce qu'ils ne s'autoréglementent pas et que le système de réglementation actuel est trop lourd et trop complexe.

> Comme le CCRPS le soutient, permettre aux professionnels d'exécuter plus d'actes de façon indépendante, selon leurs compétences, augmentera leur capacité de travailler avec d'autres professionnels au sein d'une équipe de soins de santé. Les professionnels actuels seront en mesure d'assumer de nouveaux rôles ou des rôles modifiés dans un environnement de collaboration, étant donné que les obstacles qui les empêchaient d'exploiter leur plein potentiel seront éliminés (2008c, p. 9).

Selon l'OPA, l'autoréglementation par un ordre des ambulanciers paramédicaux permettrait d'éliminer de tels obstacles pour les ambulanciers paramédicaux. Elle améliorerait et augmenterait la collaboration interprofessionnelle en donnant l'occasion aux ambulanciers de travailler efficacement avec d'autres professionnels de la santé qui s'autoréglementent pour mettre en place des pratiques exemplaires visant la prestation d'actes autorisés ou d'autres traitements cliniques.

Mobilité de la main-d'œuvre

Comme on peut le lire sur le site de la DSSU du MSSLD,

> la Direction des services de santé d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) continue de promouvoir activement la mobilité des ambulanciers paramédicaux au Canada. À cette fin, l'Ontario a revu son processus d'équivalence de la formation des APPN et des APNA autorisés ou inscrits dans les autres provinces et territoires canadiens. Ce processus révisé satisfait aux exigences les plus récentes des dispositions relatives à la mobilité de la main-d'œuvre (chapitre 7) de l'Accord sur le commerce intérieur (ACI).
>
> Le Processus d'équivalence de la formation des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario du MSSLD vise à assurer que les ambulanciers paramédicaux titulaires d'un permis ou d'une accréditation valide d'une autre province ou d'un

autre territoire canadien à titre d'APPN ou d'APNA puissent travailler en Ontario (site Web de la DSSU du MSSLD).

Malgré ces dispositions, relativement peu d'ambulanciers paramédicaux d'autres provinces cherchent à obtenir une équivalence de formation dans le cadre de l'Accord sur le commerce intérieur (voir tableau 3). L'autoréglementation par un ordre des ambulanciers paramédicaux permettrait de préserver et de protéger la mobilité entre les provinces et territoires au Canada, de simplifier le processus et de garantir que les exigences d'accès à la pratique en Ontario sont conformes à celles des autres provinces et territoires, ce qui pourrait être fait, par exemple, au moyen du PNCP.

Comme déjà mentionné, les PNCP ont été mis au point par l'Association des paramédics du Canada en tant que normes nationales d'accès à la pratique, et ils ont été adoptés par plusieurs territoires au Canada, notamment par l'Ontario en ce qui concerne les APNA. L'Organisation canadienne des régulateurs paramédicaux travaille à l'heure actuelle à un projet d'examen.

Selon ce que sait l'OPA, aucune autre province ni aucun autre territoire canadien n'autorisent les ambulanciers paramédicaux à exécuter des interventions et des tâches qui dépassent celles qui font l'objet de la présente demande. Par contre, le niveau auquel un ambulancier paramédical peut exécuter une intervention particulière ou un acte contrôlé peut être différent, étant donné que le classement ailleurs au Canada peut être différent de celui en Ontario. Cela signifie que les champs d'exercice des ambulanciers paramédicaux des autres provinces peuvent ne pas correspondre à ceux en vigueur en Ontario. Cependant, partout au Canada, on semble déployer des efforts concertés en vue d'une utilisation plus globale du PNCP.

Dans le système réglementaire actuel, les ambulanciers paramédicaux formés dans une autre province ne sont pas évalués en vue d'obtenir une équivalence sur la base de leur titre, mais plutôt sur celle de leurs compétences. Il est prévu que l'ordre des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario maintienne une approche semblable.

L'autoréglementation par un ordre des ambulanciers paramédicaux permettrait d'augmenter le nombre d'ambulanciers paramédicaux autorisés étant donné que les nombreux ambulanciers paramédicaux actuellement « non autorisés » deviendraient des ambulanciers paramédicaux inscrits.

Accès aux soins

Selon l'OPA, le système réglementaire actuel a été mis en place afin d'augmenter l'accès aux soins médicaux d'urgence préhospitaliers fournis par des ambulanciers paramédicaux « autorisés » de façon à protéger l'intérêt public. L'autoréglementation par un ordre des ambulanciers favoriserait l'accès à ce type de soins, parce qu'elle

permettrait l'adoption de nouveaux traitements d'une efficacité et d'une efficience accrues, de nouvelles technologies et de nouvelles pratiques exemplaires en collaboration avec d'autres professionnels de la santé dont la profession est réglementée. Elle aurait aussi pour effet d'offrir plus d'occasions aux ambulanciers paramédicaux inscrits de travailler dans des environnements non associés aux urgences (cliniques communautaires, entreprises privées de transport de patients et de services médicaux, etc.) afin d'augmenter l'accès des citoyens à des fournisseurs de soins dans de tels environnements.

Productivité des ressources humaines du secteur de la santé

À l'heure actuelle, l'OPA n'est pas en mesure d'évaluer la productivité. Les services paramédicaux indépendants peuvent le faire, et la DSSU du MSSLD mesure la productivité des ambulances des SMU, mais l'OPA n'a pas accès à cette information. Néanmoins, l'intégration des nombreux ambulanciers paramédicaux « non autorisés » actuellement en service dans l'ordre des ambulanciers paramédicaux permettrait de tirer profit du temps, des efforts, des habiletés et des connaissances de ces personnes afin de fournir plus de soins de santé à la population ontarienne. De plus, les ambulanciers paramédicaux pourraient collaborer avec plus d'efficacité avec d'autres professionnels de la santé, augmentant ainsi l'efficacité globale. Enfin, les ambulanciers paramédicaux inscrits pourraient participer plus efficacement à la prestation de soins de premier niveau. Selon le National EMS Advisory Council (NEMSAC),

> l'apport des SMU est important étant donné leur rôle croissant dans le système de santé. Les SMU ont le pouvoir d'améliorer les résultats cliniques et de fournir des soins de premier niveau plus satisfaisants tout en offrant des solutions de rechange cliniquement appropriées au transport à l'hôpital et aux interventions habituelles liées aux appels au 911. Dans un système de santé entièrement intégré, les SMU dispenseront des services de soins préventifs, des soins de courte durée et des soins de santé communautaires généraux (2009, p. 20).

Résultats sur la santé

À l'heure actuelle, l'OPA ne peut mesurer les résultats sur la santé. Cependant, il apparaît évident que l'administration de soins préhospitaliers de haute qualité par des ambulanciers paramédicaux très bien formés et qui suivent des pratiques exemplaires améliorera d'autant les résultats sur la santé. La déclaration suivante du NEMSAC, faite en 2009, résume ses conclusions sur les données probantes disponibles dans certains secteurs d'intérêt :

> Beaucoup de données probantes confirment l'importance des soins préhospitaliers dans le traitement de l'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST, de l'AVC, de la détresse respiratoire, des traumatismes et des soins aux enfants. La documentation suggère en outre que l'amélioration des résultats sur la santé est rentable, et que les soins préhospitaliers dans le contexte d'un système de SMU permettent de réaliser des économies (2009, p. 1).

Comme déjà mentionné, plusieurs études ont porté ou portent sur les résultats sur la santé associés à la pratique paramédicale. Diverses études sont menées avec le concours d'organisations d'ambulanciers paramédicaux (EMSCC et Association des paramédics du Canada, par exemple), d'institutions (notamment l'Université Dalhousie) et visent à examiner divers aspects relatifs aux résultats sur la santé. L'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en vertu de la LPSR aurait pour effet d'accroître le nombre d'ambulanciers paramédicaux actifs dans des environnements de soins non urgents (comme les programmes de soins paramédicaux communautaires), et l'étude menée à Long Island et à l'île Brier (Martin-Misener, Downe-Wamboldt, Cain et Girouard, 2009) confirme que soins améliorent les résultats pour la santé. Elle permettrait en outre d'adopter avec plus d'efficacité les traitements, technologies et pratiques exemplaires récents en collaboration avec d'autres professionnels de la santé qui s'autoréglementent. L'accès des citoyens aux soins de santé serait accru, tout comme l'offre de fournisseurs de soins de santé. De plus, le système de santé en général serait d'une rentabilité et d'une efficacité accrues, et la sécurité des patients serait améliorée. Tous ces facteurs feront en sorte que l'intérêt public sera mieux protégé.

Annexes

Annexe A Glossaire

ambulancier paramédical	« non autorisé » ambulancier paramédical en Ontario, qui ne travaille pas pour un fournisseur de SMU et qui n'est donc pas habilité à exécuter des actes autorisés
ambulancier paramédical « autorisé »	ambulancier paramédical en Ontario, qui travaille pour un fournisseur de SMU et qui, par conséquent, est habilité à exécuter des actes autorisés délégués par le directeur médical d'un programme d'hôpital principal

Abréviations utilisées

ALS	*normes de soins avancés de maintien des fonctions vitales*
AMC	association médicale canadienne
APC	Association des paramédics du Canada
APNA	ambulancier paramédical de niveau avancé
APNS	ambulancier paramédical de niveau spécialisé
APPN	ambulancier paramédical de premier niveau
BLS	*normes de soins avancés de maintien des fonctions vitales*
CAAT	Seneca College of Applied Arts and Technology
CCRPS	Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé
DSMUC	Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada
DSSU	Direction des services de santé d'urgence
EMSPEP	Canadian Prehospital Evidence Base Practice
FMC	formation médicale continue
GTTSAT	Groupe de travail sur la transition des services d'ambulance terrestre
ICSP	Institut canadien pour la sécurité des patients
IET	intubation endotrachéale
MFCU	Ministère de la Formation et des Collèges et Universités
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
NAEMP	National Association of Emergency Medicine Physicians
NEMSAC	National EMS Advisory Council
NEMSIS	National EMS Information System

NINDS	National Institute of Neurological Disorders and Stroke
OPA	Ontario Paramedic Association
PNCP	Profil national des compétences professionnelles du personnel paramédical
PSMU	préposé aux soins médicaux d'urgence
RMU	répondant médical d'urgence
SMU	Services médicaux d'urgence
STEMI	infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST
SU	service des urgences
U	préposé aux soins médicaux spécialisés d'urgence
VGO	Vérificateur général de l'Ontario
VPPC	ventilation spontanée en pression positive continue

Annexe B Références

Site Web de l'Alberta College of Paramedics. Consulté le 8 mars 2013 à l'adresse http://www.collegeofparamedics.org/

Alberta College of Paramedics. 2011. 2011 Annual Report. Consulté à l'adresse http://www.collegeofparamedics.org/media/92061/annualreport2011.pdf

Loi sur les ambulances, L.R.O., ch. A.19 1991. Consulté le 1er décembre 2012, à l'adresse http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90a19_f.htm

Règlement de l'Ontario 257/00 pris en application de la *Loi sur les ambulances*. Consulté le 1er décembre 2012, à l'adresse http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90a19_f.htm

Atack, L. et Maher, J. (2010). Emergency medical and health providers' perceptions of key issues in prehospital patient safety. *Prehospital Emergency Care, 14(1)*, 95-102. doi:10.3109/10903120903349887

Bureau du vérificateur général de l'Ontario. (2005). *Rapport annuel 2005*. Consulté à l'adresse http://www.auditor.on.ca/en/reports_en/en05/en_2005 AR.pdf

Bass, M.J. (2001). Risk management, health care, and the geriatric patient population. In Kapp, M.B. *Ethics, law, and aging review volume 7: Liability issues and risk management in caring for older persons*. Springer, p. 11-24

Beausoleil, J-M. (printemps 2012). A primer on EMS operations for physicians and

medical trainees. 81(1), 6-8. *University of Western Ontario Medical Journal.* Consulté à l'adresse http://www.uwomj.com/wp-content/uploads/2012/06/2012_ER_Beausoleil.pdf

Bigham, B.L., Buick, J.E., Brooks, S.C., Morrison, M., Shojania, K.G., et Morrison, L.J. (2012). Patient safety in emergency medical services: a systematic review of the literature. *Prehospital Emergency Care, 16(1)*, 20-35. doi: 10.3109/10903127.2011.621045

Brice, J. H., Studnek, J. R., Bigham, B. L., Martin-Gill, C., Custalow, C. B., Hawkins, E., et Morrison, L. J. (2012). EMS provider and patient safety during response and transport: Proceedings of an ambulance safety conference. *Prehospital Emergency Care, 16(1),* 3-19. doi: 10.3109/10903127.2011.626106

(site Web du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique). Consulté le 23 février 2013 à l'adresse http://www.health.gov.bc.ca/ema/getting-your-training/index.html

Site Web de l'Association médicale canadienne. Consulté le 14 décembre 2012, à l'adresse http://www.cma.ca/index.php?ci_id=50602&la_id=1

Association médicale canadienne [AMC]. (2008) *Requirements for accreditation.* Consulté à l'adresse http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Accreditation/pdf/requirements.pdf

Association médicale canadienne [AMC]. (décembre 2012). Lignes directrices pour les programmes de formation paramédicale sur l'utilisation des profils nationaux des compétences professionnelles (profils) de l'Association des paramédics du Canada (APC) dans le mécanisme d'agrément de l'Association médicale canadienne (AMC) Consulté à l'adresse http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Accreditation/pdf/12_guidelines_NOCP_f.pdf

Association médicale canadienne [AMC]. (septembre 2012) Lignes directrices pour les programmes de formation paramédicale sur l'utilisation des profils nationaux des compétences professionnelles (profils) de l'Association des paramédics du Canada (APC) dans le mécanisme d'agrément de l'Association médicale canadienne (AMC). Consulté à l'adresse http://ww7w.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Accreditation/pdf/12_guidelines_NOCP_f.pdf

Site Web de la Canadian Prehospital Evidence Based Practice. Consulté à l'adresse http://emspep.cdha.nshealth.ca/

Institut canadien pour la sécurité des patients (2008). *La sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence.* Consulté à l'adresse http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/commisionedResearch/patientSafetyinEMS/Documents/Patient Safety in EMS Full Report.pdf

Cantor, W.J., Hoogeveen, P., Robert, A., Elliott, K., Goldman, L.E., Sanderson, E., Plante, S., Prabhakar, P., et Miner, S. (2012). Prehospital diagnosis and triage of ST-elevation myocardial infarction by paramedics without advanced care training. *American Heart Journal, 164(2)*, 201-206. doi: 10.1016/j.ahj.2012.05.009

Cardiac Care Network of Ontario (september 2010). *Primary percutaneous coronary intervention: Optimizing access to primary PCI for ST elevation myocardial infarction*. Toronto, Ontario

Casey, J.T. (2005). *Regulation of professions in Canada*. Toronto: Carswell, p. 16-1. In Schultze, R. (2007). What does it mean to be a self-governing regulated profession? *Journal of Property Tax Assessment & Administration, 4(3)*, p. 45

Site Web du Central East Prehospital Care Program. Consulté le 9 mars 2013 à l'adresse http://www.cepcp.ca/main/news.php?newschoice=44

Cheskes, S., Thomson, S. et Turner, L. (2012). Feasibility of continuous positive airway pressure by primary care paramedics. *Prehospital Emergency Care, 16(4),* 535-540. doi: 10.3109/10903127.2011.68930

Ordre des sages-femmes de l'Ontario. (janvier 1994). Core competencies: A foundation for midwifery education. Consulté à l'adresse http://www.cmo.on.ca/downloads/communications/policies/H01-CoreCompetencies Jan94.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. 2008. National competencies in the context of entry-level Registered Nurse practice. Consulté à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/reg/ 41037_EntrytoPracitic-Final.pdf

Dib, J. E., Matin, S. A. et Luckert, A. (2012). Prehospital use of continuous positive airway pressure for acute severe congestive heart failure. *Journal of Emergency Medicine, 42(5)*, 553-558. doi: 10.1016/j.jemermed.2011.06.002

Emergency Medical Services for Children National Resource Center, Children's National Medical Center. (2009). Gap analysis of EMS related research: Report to the Federal Interagency Committee on EMS. Consulté à l'adresse www.childrensnational.org/emsc

Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada [DSMUC] (2006). Defining the New Road Ahead. Consulté à l'adresse http://www.emscc.ca/docs/EMS-Strategy- Document.pdf

Evashkevich, M. (n.d.). Manuscrit non publié. *A health care strategy for Ontario: A broader role for community paramedics*. (thèse de maîtrise, Université de Victoria)

Fosbøl, E. L., Granger, C. B., Peterson, E. D., Lin, L., Lytle, B. L., Shofer, F. S., Lohmeier, C., Mears, G. D., Garvey, J. L., Corbett, C. C., Jollis, J. G. et Glickman, S. W. (2013). Prehospital system delay in ST-segment elevation myocardial infarction care: A novel linkage of emergency medicine services and inhospital registry data. *American heart journal, 165(3), 363-370. doi: 10.1016/j.ahj.2012.11.003*

Gladstone, D.J., Rodan, L.H., Sahlas, D.J., Lee, L., Murray, B.J., Ween, J.E., Perry, J.R., Chenkin, J., Morrison, L.J., Beck, S. et Black, S.E. (2009). A citywide prehospital protocol increases access to stroke thrombolysis in Toronto. *Stroke, 40(12)*, 3841-3844. doi: 10.1161/STROKEHA.108.540377

Hamilton Emergency Medical Services. (2011) *Information Report*. Consulté à l'adresse http://www.hamilton.ca/NR/rdonlyres/46161C60-30CB-423A-B1BC-48605663C066/0/Apr06EDRMS_n153868_v1_HES11003_CREMS_Pilot_Project_Halfway_Up.pdf

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé [CCRPS]. (avril 2006). *Réglementation des professions de la santé en Ontario : nouvelles orientations*. Consulté à l'adresse http://www.hprac.org/fr/reports/resources/New_Directions_2006_FR.pdf

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé [CCRPS]. (janvier 2009). *Liens essentiels : Transformation et soutien des soins aux patients*. Consulté à l'adresse http://www.hprac.org/fr/reports/resources/hprac-criticallinks.French.apr09.final.pdf

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé [CCRPS]. (n.d.). *Document d'information sur le renvoi relatif aux ambulanciers paramédicaux et aux préposés en soins médicaux d'urgence (PSMU)*

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé [CCRPS]. (octobre 2012) *Ambulanciers paramédicaux : examen de la jurisprudence*

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé [CCRPS]. (novembre 2012). *Examen de la documentation sur la sécurité des patients et les fournisseurs SMU non-médecins*

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé [CCRPS]. (décembre 2012a). *Examen de la documentation sur l'exercice des professions d'ambulancier paramédical et d'auxiliaire médical d'urgence*

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé [CCRPS]. (décembre 2012b).
Réglementation des professions d'ambulancier paramédical et de préposé en soins médicaux d'urgence : examen par territoire

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé [CCRPS]. (mars 2008a). *Un rapport du ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur l'examen de la portée de l'exercice de la profession d'infirmière autorisée dans les catégories avancées (infirmières et infirmiers praticiens)*. Consulté à l'adresse http://www.hprac.org/fr/reports/resources/HPRACExtendedClassNurseReportFRMar08.pdf

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé [CCRPS]. (Mars 2008b). *Un rapport provisoire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les mécanismes permettant de faciliter et de soutenir la collaboration interprofessionnelle entre les collèges régissant les professions de la santé et les membres des professions de la santé réglementées*. Consulté à l'adresse http://www.hprac.org/fr/reports/resources/HPRACExtendedClassNurseReportFRMar08.pdf

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé [CCRPS]. (septembre 2008c). *Un rapport provisoire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les mécanismes permettant de faciliter et de soutenir la collaboration interprofessionnelle entre les collèges régissant les professions de la santé et les membres des professions de la santé réglementées : Seconde phase, première partie*.Consulté à l'adresse http://www.hprac.org/fr/reports/resources/InterprofessionalCollaborationReportPhaseIIPartIFRsept08.pdf

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC de l'Ontario. (juin 2000). *Report of the Joint Stroke Strategy Working Group*. Consulté à l'adresse http://www.heartandstroke.on.ca/ atf/cf/{33C6FA68-B56B-4760-ABC6-D85B2D02EE71}/strokereport.pdf

Hoyle, J.D., Davis, A.T., Putman, K.K., Trytko, J.A. et Fales, W.D. (2012). Medication dosing errors in pediatric patients treated by emergency medical services. *Prehospital Emergency Care, 16(1),* 59-66. doi: 10.3109/10903127.2011.614043

Site Web de l'International Roundtable on Community Paramedicine. Consulté le 28 juillet 2012 à l'adresse http://www.ircp.info/AboutUs.aspx

Isenberg, D. L. et Bissell, R. (2005). Does advanced life support provide benefits to patients?: A literature review. *Prehospital and Disaster Medicine, 20(4)*, 265-270. doi: 10.1017/S1049023X0000265X

Jensen, J.L., Blanchard, I.E., Bigham, B.L., Dainty, K.N., Socha, D., Carter, A., Brown, L.H., Craig, A.M., Travers, A.H., Brown, R., Cain, E. et Morrison, L.J. (2011b) Methodology for the development of a Canadian national EMS research agenda. *BMC Emergency Medicine, 11(15)*, 1-7. doi: 10.1186/1471-227X-11-15

Jensen, J.L., Petrie, D.A., Cain, E. et Travers, A.H. (2009). The Canadian prehospital evidence-based protocols project: Knowledge translation in emergency medical services care. *Academic Emergency Medicine. 16(7)*, 668-673. doi: 10.1111/j.1553-2712.2009.00440.x

Jensen, J.L. (2011a). Paramedic clinical decision-making: Results of two Canadian studies. *International Paramedic Practice, 1(2)*, 63-71

Jensen, J.L., Cheung, K.W., Tallon, J.M. et Travers, A.H. (2010). Comparison of tracheal intubation and alternative airway techniques performed in the prehospital setting by paramedics: a systematic review. *Canadian Journal of Emergency Medicine, 12(2)*, 135-140

Jensen, J.L. (2010). *Paramedic clinical decision making*. (mémoire de maîtrise). Consulté à l'adresse http://dalspace.library.dal.ca/bitstream/handle/10222/12738/2010 04 14 JENSEN thesis PDF A format.pdf

Site Web du Justice Institute of British Columbia. Consulté le 23 février 2013 à l'adresse http://www.jibc.ca/programs-courses/schools-departments/school-health-sciences/paramedic-academy/

Kallio, T., Kuisma, M., Alaspaa, A., et Rosenberg, P. H. (2003). The use of prehospital continuous positive airway pressure treatment in presumed acute severe pulmonary edema. *Prehospital Emergency Care, 7(2)*, 209-213

Kosowsky, J. M., Stephanides, S. L., Branson, R. D., et Sayre, M. R. (2001). Prehospital use of continuous positive airway pressure (CPAP) for presumed pulmonary edema: a preliminary case series. *Prehospital Emergency Care, 5(2)*, 190-196.

Kosowsky, J.M., Gasaway, M.D., Stephanides, S.L., Ottaway, M., et Sayre, M.R. (2000). EMS transports for difficulty breathing: is there a potential role for CPAP in the prehospital setting?. *Academic Emergency Medicine, 7(10)*, 1165. doi: 11111/j.1553-2712.2000.tb0127.x

Groupe de travail sur la transition des services d'ambulance terrestre. (1998). *Review of the Ambulance Regulation: Report of the Land Ambulance Transition Task Force to the Minister of Health and Red Tape Commission.* Toronto, Ontario : Direction des services de santé d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Consulté à l'adresse http://www.ambulance-transition.com/pdf_documents/land_amb_transition_taskforce_report_aug1999.pdf

Lemonick, D.M. (2009). Controversies in prehospital care. *American Journal of Clinical Medicine. 6(1)*, 5-17

Lewis, M., Trypuc, J., Lindsay, P., O'Callaghan, C. et Dishaw, A. (2006). Has Ontario's stroke system really made a difference? *Healthcare Quarterly. 9(4)*, 50-59. Consulté à l'adresse http://cesnstroke.ca/documents/Has_the_OSS_Made_a_Difference.pdf

Liberman, M. et Roudsari, B. S. (2007). Prehospital trauma care: what do we really know? *Current Opinion in Critical Care, 13(6)*, 691-696. doi: 10.1097/MCC/0b013e3282f1e77e

Lossius, H. M., Røislien, J., et Lockey, D. J. (2012). Patient safety in pre-hospital emergency tracheal intubation: a comprehensive meta-analysis of the intubation success rates of EMS providers. *Critical Care, 16(1)*, R24. doi: 10.1186/cc11189

Lu, D.W., Guenther, E, Wesley, A.K. et Gallagher, T.H. (2013). Disclosure of harmful medical errors in out-of-hospital care. *Annals of Emergency Medicine, 61(2)*, 215-221. doi: 10.1016/j.annemergmed.2012.07.004

Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., Cain, E. et Girouard, M. (2009). Cost effectiveness and outcomes of a nurse-practitioner-paramedic-family physician model of care: the Long and Brier Islands study. *Primary Health Care Research & Development, 10*, 14-25. doi: 10.1017S1463423608000959

Mason, S., Knowles, E., Freeman, J et Snooks, H. (2008). Safety of paramedics with extended skills. *Academic Emergency Medicine 15(7), 607-612. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00156.x*

Alliance nationale des organismes de réglementation de la thérapie respiratoire, 2011). 2011 Thérapie respiratoire *Profil national des compétences*. Consulté à l'adresse http://www.nartrb.ca/fr/documents/2011PNCFrenchfinal.pdf

National EMS Advisory Council (décembre 2009). *EMS makes a difference: Improved clinical outcomes and downstream healthcare savings*. Consulté à l'adresse http://www.naemsp.org/documents/nemsac-dec2009positionpaper.pdf

National Association of EMS Physicians. (décembre 2001). *National EMS research*

agenda. Consulté à l'adresse http://www.naemsp.org/Documents/EMSResearch Agenda Final Paper.pdf

National EMS Information System (NEMSIS). (2013). *Incident Location Type Q1-4 2011-13*. Consultation de la base de données de NEMSIS, le 20 février 2013

The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group (1995). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *New England Journal of Medicine, 333(24)*, 1581-1587. doi: 10.1056/NEJM199512143332401

Morrison, K. (25 janvier 2013). ERs without doctors?: New rural emergency centres rely on nurses and paramedics at night. *National Post*. Consulté à l'adresse http://news.nationalpost.com/2013/01/25/ers-without-doctors-new-rural-emergency-entres-rely-on-nurses-and-paramedics-at-night/)

Nolan, M., Hillier, T. et D'Angelo, C. (2012). *Community paramedicine in Canada*. Ottawa, Ontario. Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada. Consulté à l'adresse http://www.ircp.info/Portals/22/Downloads/Policy/Comm Paramedicine in Canada.pdf

Toronto, Ontario : Direction des services de santé d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2000). *Prehospital emergency care syllabus version 2.0*. Consulté à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ehs/edu/pdf/pcp_syllabus.pdf

Site Web de la Direction des services de santé d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/ehsf/ehs_mnf.html

Site Web de la Direction des services de santé d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (janvier 2007). *Basic life support patient care standards version 2.0*. Consulté à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ ehs/edu/pdf/bls_patient.pdf

Site Web de la Direction des services de santé d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (novembre 2011). *Basic life support patient care standards version 3.0*. Consulté à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ ehs/edu/pdf/bls_patient.pdf

Site Web de la Direction des services de santé d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (février 2011). *Training bulletin: Revised paramedic prompt card for acute stroke protocol*. Consulté à l'adresse http://www.ambulance-transition.com/pdf_documents/training_bullletin_110_v1_revised_paramedic_prompt_card_for_acute_stroke_protocol_2011-02.pdf

Cahier des normes du programme de la Formation et des Collèges et Universités (MFCU) de l'Ontario. (juin 2008). *Paramedic program standard*. Consulté à l'adresse http://www.tcu.gov.on.ca/pepg/audiences/colleges/progstan/health/paramedic.pdf

Site Web de l'ombudsman de l'Ontario. *Enquêtes de l'EISO: Transferts médicaux non urgents*. Consulté à l'adresse http://www.ombudsman.on.ca/Investigations/SORT-Investigations/Completed/Non-emergency-medical-transportation-services.aspx

Ombudsman Ontario. 2012. *Mise à jour : Rapport annuel 2011-2012: Services de transports médicaux non urgents – Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ministère des Transports*. Consulté à l'adresse http://www.ombudsman.on.ca/Investigations/SORT-Investigations/Completed/Non-emergency-medical-transportation-services/Case-update---Annual-Report-2010-2011-(1).aspx

Site Web de l'Ontario Paramedic Association. Consulté le 25 février 2013 à l'adresse http://www.ontarioparamedic.ca/about/code-of-ethics

Ornge Academy of Transport Medicine. 2011. *Critical care paramedic program model route*

Association des paramédics du Canada [APC] (octobre 2011). *Profil national des compétences professionnelles du personnel paramédical*. Consulté à l'adresse http://paramedic.ca/wp-content/uploads/2012/12/2011-NOCP-Document-French-Master-Dec-14-12.pdf

Pike, M.et Gibbons, C. (n.d.). *Paramedic shortage: A call for action*. (National Human Resource Review). Halifax, N.-É : ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, Division des services de santé d'urgence. Consulté le 22 décembre 2012 à l'adresse http://www.gov.ns.ca/health/ehs/documents.asp/Paramedic HR paper.pdf

Postma, S., Dambrink, J.-H. E., de Boer, M.-J., Gosselink, A. T. M., Eggink, G. J., van de Wetering, H., Hollak, F., Ottervanger, J. P., Hoorntje, J. C. A., Kolkman, E., Suryapranata, H. et van 't Hof, A. W. J. (2011). Prehospital triage in the ambulance reduces infarct size and improves clinical outcome. *American heart*

journal, 161(2), 276-282. doi: 10.1016/j.ahj.2010.10.028

Regional Paramedic Program for Eastern Ontario. (n.d.). *RPPEO report, (1)1*

Site Web de Rescu. Consulté le 9 mars 2013 à l'adresse http://www.rescu.ca.

Site Web du Resuscitation Outcomes Consortium. Consulté le 9 mars 2013 à l'adresse https://roc.uwctc.org/tiki/roc-background

Beebe, R.W.O. et Myers, J.C. 2010. *Professional paramedic volume I: Foundations of paramedic care*. Delmar, Cengage Learning, Clifton Park, NY

Beebe, R.W.O. et Myers, J.C. 2010. *Professional paramedic volume II: Medical emergencies, maternal health & pediatrics*. Delmar, Cengage Learning, Clifton Park, NY

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2005). *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins*. Consulté à l'adresse http://www.chirurgie.umontreal.ca/wp-content/uploads/CanMEDS.pdf

Saskatchewan College of Paramedics (septembre 2012). *Regulatory bylaws*. Consulté le 23 février 2013 à l'adresse http://www.collegeofparamedics.sk.ca/resources/scp-documents.php

resources/documents/Regulatory Bylaws Pursuant to The Paramedics Act as Amended July 2012_FINAL.pdf

Saskatchewan College of Paramedics. (2009). *Environmental scan and strategic planning Paper*. Consulté le 4 décembre 2012 à l'adresse http://www.collegeofparamedics.sk.ca/docs/strategic-plan/scop-environmental-scan.pdf

Saskatchewan College of Paramedics. (septembre 2012). *Scope of practice for paramedic professionals*. Consulté le 4 décembre 2012 à l'adresse http://www.collegeofparamedics.sk.ca/docs/home page documents/Scope of Practice_FINAL.pdf

Site web du Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology. Consulté le 23 février 2013 à l'adresse www.siast.sk.ca/programs_courses_descriptions/PCP.shtml

Ministère de la Santé de la Saskatchewan. (2012) *Guidelines for the treatment of emergent and non-emergent patients in the pre-hospital setting*. Consulté le 2 décembre 2012 à l'adresse http://www.health.gov.sk.ca/ems-protocol-manual

Seamon, M. J., Doane, S. M., Gaughan, J. P., Kulp, H., D'Andrea, A. P., Pathak, A. S., Santora, T. A., Goldberg, A. J., et Wydro, G. C. (2013). *Prehospital interventions for penetrating trauma victims: A prospective comparison between Advanced Life Support and Basic Life Support. Injury.* (sous presse). doi: 10.1016/j.injury.2012.12.020

Sohn, D.H. (2013). Negligence, genuine error, and litigation. *International Journal of General Medicine. 6,* 49-56. doi: 110.2147/IJGM.S24256

Stiell, I.G., Nesbitt, L.P., Pickett, W., Munkley, D., Spaite, D.W., Banek, J., Field, B., Luinstra-Toohey, L., Maloney, J., Dreye, J., Lyver, M., Campeau, T. et Wells, G.A. (2008). The OPALS major trauma study: Impact of advanced life-support on survival and morbidity. *Journal de l'Association médicale canadienne, 178(9),* 1141-52. doi: 10.1503/cmaj/071154

Stiell, I.G., Spaite, D.W., Field, B., Nesbitt, L.P., Munkley, D., Maloney, J., Dreyer, J., Luinstra-Toohey, L., Campeau, T., Dagnone, E., Lyver, M. et Wells, G.A. (2007). Advanced life support for out-of-hospital respiratory distress. *The New England Journal of Medicine, 356(21),* 2156-64. doi: 1056/NEJMoa060334

Stiell, I.G., Wells, G.A., Field, B., Spaite, D.W., Nesbitt, L.P., De Maio, V.J., Nichol, G., Cousineau, D., Blackburn, J., Munkley, D., Luinstra-Toohey, L., Campeau, T., Dagnone, E. et Lyver, M. (2004). Advanced cardiac life support in out-of-hospital cardiac arrest. *The New England Journal of Medicine, 351(7),* 647-56. doi: 10,1056/NEJMoa040325

Stiell, I.G. (février 2005). Étude des services de réanimation d'urgence préhospitaliers en Ontario.
Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Consulté à l'adresse http://www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/05-02-01/9ba38aff-4ffc-4218-9f48-a8baaed2d091.aspx

Stiver, S. I. et Manley, G. T. (2008). Prehospital management of traumatic brain injury. *Neurosurgical Focus, 25(4),* E5. doi: 10.3171/FOC.2008.25.10.E5

Sunnybrook-Osler Centre for Prehospital Care. (2006). *Operational policy and procedure manual.* Consulté à l'adresse http://www.lhsc.on.ca/About_Us/Base_Hospital_Program/OpsLogistics/TITLEPAGE.pdf

Thompson, J., Petrie, D. A., Ackroyd-Stolarz, S. et Bardua, D. J. (2008). Out-of-hospital continuous positive airway pressure ventilation versus usual care in acute respiratory failure: a randomized controlled trial. *Annals of Emergency Medicine, 52(3),* 232-241. doi: 10.1016/j/annemergmed.2008.07.004

Vaillancourt, C., Stiell, I. G., Beaudoin, T., Maloney, J., Anton, A. R., Bradford, P., Cain, E., Travers, A., Stempien, M., Lees, M., Munkley, D., Battram, E., Banek, J. et Wells, G. A. (2009). The out-of-hospital validation of the Canadian C-Spine Rule by paramedics. *Annals of Emergency Medicine, 54(5)*, 663-671. doi: 10.1016/j.annemergmed.2009.03.008

Vrotsos, K. M., Pirrallo, R. G., Guse, C. E. et Aufderheide, T. P. (2008). Does the number of system paramedics affect clinical benchmark thresholds? *Prehospital Emergency Care, 12(3)*, 302-306. doi: 10.1080/10903120802101355

Wang, H.E., Lave, J.R., Sirio, C.A. et Yealy, D.M. (2006). Paramedic intubation errors: Isolated events or symptoms of larger problems? *Health Affairs, 25(2)*, 501-509. doi: 10.1377/hlthaff.25.2.501

Weiss, S.J., Ernst, A.A., Phillips, J. et Hill, B. (2001). Visits to home environments by emergency medical services: a statewide study. *Prehospital Emergency Care, 5(1)*, 19-22

Site Web de l'Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 3 mars 2013 à l'adresse http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html

Organisation mondiale de la Santé. (2009). *More than words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety version 1.1.* Consulté à l'adresse http://www.who.int/entity/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf

Williams, B., Boyle, M., Robertson, N. et Giddings, C. (2013). When pressure is positive: A literature review of the prehospital use of continuous positive airway pressure. *Prehospital Disaster Medicine, 28(1)*, 52--60. doi: 10.1017/S1049023X12001562

Williams, T.A., Finn, J., Perkins, G.D. et Jacobs, I.G. (2013). Prehospital continuous positive airway pressure for acute respiratory failure. A systematic review and meta-analysis. *Prehospital Emergency Care, 17(2)*, 261-273. doi: 10.3109/10903127.2012.749967

Annexe C Plan d'affaires d'un éventuel ordre des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario

ONTARIO
PARAMEDIC ASSOCIATION
Ordre des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario
Plan d'affaires
PLAN D'AFFAIRES D'UN ÉVENTUEL
ORDRE DES AMBULANCIERS

Le plan d'affaires démontre la pleine conscience et l'estimation du coût de la réglementation pour la profession. Il souligne la capacité de la profession à soutenir les fonctions obligatoires. Il comporte une estimation des ressources financières requises afin d'assumer ces fonctions, et la capacité de la profession à générer les ressources financières nécessaires au moyen de frais d'inscription et accessoires. Pour assurer son autonomie financière, l'ordre des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario devra :

- générer des revenus afin de s'acquitter des charges et autres coûts spécifiques se rapportant à l'ordre des ambulanciers paramédicaux.
- Allouer un budget pour s'acquitter des fonctions obligatoires aux termes de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*.

FONCTIONS OBLIGATOIRES AUX TERMES DE LA *LPSR*

1. Établir les exigences pour l'admission à la profession
2. Élaborer et promouvoir les normes de pratique
3. Administrer des programmes d'assurance de la qualité
4. Renforcer les normes de pratique et de conduite
5. Participer aux processus législatifs et réglementaires
6. Assurer la collecte et le partage de données statistiques au sujet des membres

CADRE FINANCIER DE L'ORDRE

De façon à pouvoir évaluer la viabilité et la pérennité de l'ordre des ambulanciers paramédicaux, une analyse comparative des états financiers de 2011, et en particulier de l'état des résultats, de onze ordres de professions réglementées existants a été effectuée[17]. Après normalisation des recettes, des charges d'amortissement et des revenus de placement passifs, la capacité d'autosuffisance financière annuelle de chaque ordre a été analysée. Les charges ont aussi été examinées pour calculer un ordre de grandeur raisonnable par personne.

GÉNÉRATION DE REVENUS

CHIFFRES RELATIFS AU NOMBRE DE MEMBRES

Le nombre estimatif de membres qui dispensent des soins urgents et non urgents est actuellement de l'ordre de 7000 (site Web de la DSSU du MSSLD, document

[17] Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario, Ordre des chiropraticiens de l'Ontario, Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario, Ordre des diététistes de l'Ontario, L'Ordre des massothérapeutes de l'Ontario, Ordre des technologistes de laboratoire médical de l'Ontario, Ordre des technologues en radiation médicale de l'Ontario, Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario, Ordre des optométristes de l'Ontario, Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario, Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario.

d'information du CCRPS)

AJUSTEMENT EN FONCTION DU TAUX DE RECOUVRABILITÉ DES RECETTES

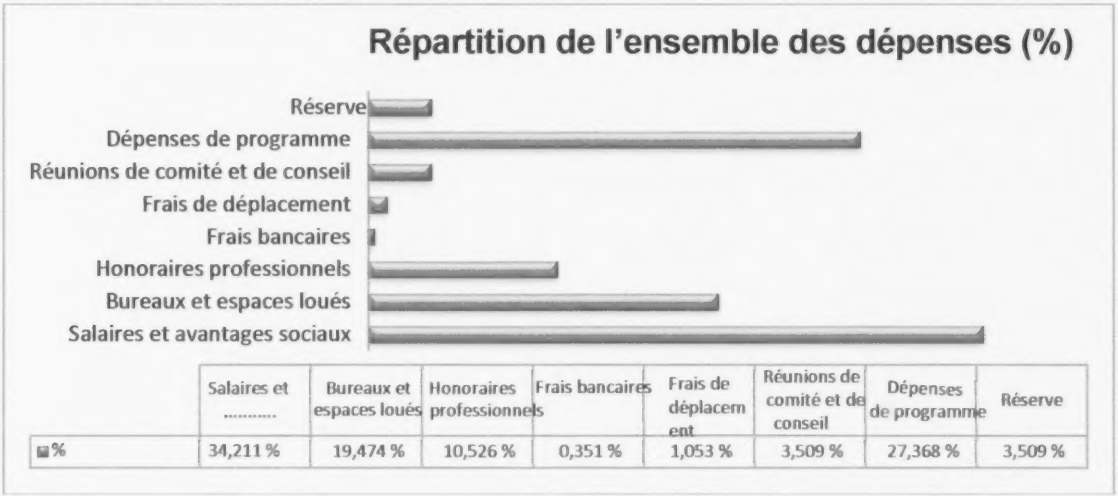
Le taux réel de recouvrabilité des recettes liées aux cotisations dans les ordres réglementés existants a été examiné à la fois par membre et selon la moyenne globale. Les droits d'examen et d'inscription ont été regroupés avec les recettes des cotisations. Cela a permis d'établir une cotisation annuelle de 500 $ par membre, ce qui fait de l'Ordre des technologues en radiation médicale de l'Ontario un modèle financier idéal. En outre, pour tenir compte des statuts de membre à titre partiel et des revenus différés, le taux de recouvrabilité a été estimé à 83 %[18].

CHARGES

La répartition des charges normalisées a été examinée pour chaque ordre en pourcentage du montant total de ces charges normalisées, ainsi que par membre. Après avoir pris ces chiffres comme point de référence, les sommes ont été réaffectées pour tenir compte des fonctions qui seraient particulières à l'ordre des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario.

[18] Fondé sur l'état des résultats 2011 de l'Ordre des technologues en radiation médicale de l'Ontario, avec 6707 membres versant une cotisation annuelle de 530 $.

RÉPARTITION EN POURCENTAGE



	Salaires et	Bureaux et espaces loués	Honoraires professionnels	Frais bancaires	Frais de déplacement	Réunions de comité et de conseil	Dépenses de programme	Réserve
%	34,211 %	19,474 %	10,526 %	0,351 %	1,053 %	3,509 %	27,368 %	3,509 %

BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'ORDRE DES AMBULANCIERS PARAMÉDICAUX DE L'ONTARIO

Recettes		
Cotisations		2 900 000 $
Charges		
Salaires des dirigeants	300 000	
Personnel de bureau	500 000	
Santé et prestations de retraite	175 000	
Total salaires et avantages sociaux		975 000
Loyer	200 000	
Assurance des biens immobiliers	10 000	
Affranchissement et services de	60 000	
Papeterie et fournitures de bureau	110 000	
Gestion de l'information	175 000	
Total bureau et loyer		555 000
Honoraires juridiques	50 000	
Assurance responsabilité civile	150 000	
Honoraires de comptabilité et d'audit	30 000	
Honoraires	30 000	
Sous-traitance	40 000	
Total honoraires professionnels		300 000
Frais bancaires		10 000
Déplacement		30 000
Réunions du conseil et du comité		100 000
Communications	150 000	
Assurance de la qualité	250 000	
Enquêtes et audiences	230 000	
Autres programmes	150 000	
Total charges de programme		780 000
Provisions		100 000
Total des charges		2 850 000
Bénéfice brut		50 000

Annexe D Législation dans les autres provinces et territoires

Législation canadienne

La profession d'ambulancier médical est autoréglementée en Alberta, en Saskatchewan et au Nouveau-Brunswick, tandis qu'en Nouvelle-Écosse, une loi, similaire à celles en vertu desquelles la profession est autoréglementée dans ces trois provinces, a reçu la sanction royale en Nouvelle-Écosse. La Paramedic Association of Manitoba a présenté une demande pour que la profession d'ambulancier paramédical soit désignée comme profession de la santé réglementée; elle attend les résultats de l'enquête.

Législation régissant la profession d'ambulancier paramédical dans d'autres provinces et territoires canadiens : Manitoba: *Loi sur les interventions médicales d'urgence et le transport pour personnes sur civière*, C.P.I.M., chap. E83. *Règlement sur les entreprises terrestres d'intervention médicale d'urgence*, E83 – M.R. 22/2006. *Règlement sur les entreprises terrestres d'intervention médicale d'urgence*, E83 – M.R. 20/2006. *Règlement sur les services de transport pour personnes sur civière,* E83 – M.R. 21/2006.

Alberta : *Emergency Health Services Act,* R.S.A. 2008, chap. E-6.6 et *Emergency Health Services (Interim Regulation)*, Alta. Reg. 76/2009, *Staff, Vehicle and Equipment Regulation*, Alta. Reg. 45/1999, *Health Disciplines Act*, R.S.A. 2000, chap. H-2; *Health Professions Act*, R.S.A. 2000, chap. H-7. The *Emergency Medical Technicians Regulation*, Alta. Le *Règlement* 48/1993 définit le champ d'exercice.

Colombie-Britannique : *Emergency and Health Services Act*, R.S.B.C. 1996, chap. 182. The *Emergency Medical Assistants Regulation*, B.C. Reg. 210/2010 définit le champ d'exercice.

Nouveau-Brunswick : *Loi sur les services d'ambulance*, L.N.-B. 1990, chap. A-7.3. L'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick a reçu le pouvoir de définir le champ d'excercice de la pratique dans ses règlements administratifs.

Nouvelle-Écosse : *Emergency Health Services Act*, S.N.S. 2005, ch. 5. Prendre note que la *Paramedics Act*, S.N.S. 2005, ch. 10 a été adoptée, mais que son entrée en vigueur n'a pas encore été proclamée. Dans cette province, le champ d'exercice est défini par l'employeur.

Île-du-Prince-Édouard : *Public Health Act*, R.S.P.E.I. 1988, chap. P-30. L'*Emergency Medical Services Regulations*, P.E.I. Reg. EC472/00 définit le champ d'exercice dans une annexe.
Québec : *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence,* R.L.R.Q. ch. S-6.2 et *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence,* R.L.R.Q. chap. M-9, r 2;

Saskatchewan: *Paramedics Act*, S.S. 2007, ch. P-0.1 et *The Ambulance Regulations*, RRS chap. A-18.1 Reg 1. L'*Emergency Treatment Protocol Manual* de la Saskatchewan précise le champ d'exercice de chaque certificat.

Au Canada, cinq provinces (Alberta, Colombie-Britannique, Ontario, Île-du-Prince-Édouard et Québec) définissent le champ d'exercice de la profession au moyen de règlements. En Nouvelle-Écosse, ce champ est défini par l'employeur, et au Nouveau-Brunswick dans des règlements administratifs. La Saskatchewan utilise pour ce faire son manuel de protocoles.

L'OPA ne dispose d'aucune liste exhaustive de la législation américaine et internationale pertinente, ni d'aucune série d'énoncés sur leur champ d'exercice respectif. La législation applicable dans les cinq villes les plus peuplées des États-Unis (Californie, Floride, Illinois, New York et Texas) ainsi que le Dakota du Nord et le Minnesota est la suivante :

Législation américaine

California Health and Safety Code, division 2.5 (Emergency Medical Services) (aussi appelé Emergency Medical Services System, ainsi que le *Prehospital Emergency Medical Care Personnel Act*); *California Code of Regulations*, titre 22, division 9, chapitre 4 (Emergency Medical Technical Paramedic), *California Code of Regulations*, titre 22, division 9, chapitre 3 (Advanced Emergency Medical Technician); *California Code of Regulations*, titre 22, division 9, chapitre 2 (Emergency Medical Technicians); *California Code of Regulations*, titre 22, division 9, chapitre 8 (*Prehospital EMS Air Regulations*); *California Code of Regulations,* titre 22, division 9, chapitre 11 (EMS Continuing Education)

Florida Statutes, chapitre 64J-1 (Emergency Medical Services); *Florida Statutes*, chapitre 401, partie III (Medical Transportation Services)

Illinois Emergency Medical Services Systems Act, 210 ILCS 50

New York State Public Health Laws, article 30 (Emergency Medical Services); *New York State Emergency Medical Services Code*, titre 10, partie 800

Texas Health and Safety Code, titre 9, sous-titre B, chapitre 773 (Emergency Medical Services); *Texas Administrative Code*, titre 1, partie 1, chapitre 157 (Emergency Medical Services – partie A)
North Dakota Statutes, chapitre 23-27 (Emergency Medical Services Licenses)
Minnesota Statutes 2010, chapitre 144E (Emergency Medical Services Regulatory Board) et *Minnesota Rules*, chapitre 4690 (Ambulance Services)

Législation internationale

Australie : *Public Health Act 2005* (Queensland); *Ambulance Service Act 1991* (Queensland); *Health, Drugs and Poisons Regulation 1996* (Queensland)

Royaume-Uni : *Health Professions Order 2001*

Annexe E Code de déontologie de l'Ontario Paramedic Association

La pratique des soins paramédicaux requiert des connaissances et de la compassion, de même que le souci du bien-être du patient. Dans cette optique, chaque ambulancier paramédical doit :

- Respecter les exigences liées à son accréditation, tant envers le service d'ambulance qui l'emploie que les hôpitaux principaux qui encadrent ce service.
- Protéger la vie, soulager la souffrance et promouvoir la santé.
- Dispenser des soins selon les besoins humains, dans le respect de la dignité humaine et sans égard à la nationalité, à la race, aux croyances, à la couleur, au sexe, au rang social, à la religion, à l'orientation sexuelle, au type de maladie ou à la déficience physique ou mentale.
- Protéger et assurer en tout temps la sécurité la dignité et l'intimité du patient.
- Préserver et protéger la confidentialité de toute information, médicale ou personnelle, obtenue auprès d'un professionnel ou d'un patient, sauf si la divulgation de cette information est nécessaire pour assurer le traitement du patient ou la sécurité d'autres professionnels de la santé, ou si elle est requise par l'employeur ou la loi.
- Ne jamais faire usage de ses connaissances et habiletés professionnelles, d'un équipement ou de produits pharmaceutiques de quelque façon qui soit préjudiciable à la profession ou au bien-être public.
- Dans l'exercice de ses fonctions, se comporter en tout temps de manière à faire honneur à la profession.
- Susciter la confiance du public par des pratiques, une conduite, une compétence et une apparence physique respectueuses des normes les plus élevées (site Web de l'OPA).

Annexe F Sondage sur l'appui à l'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario mené par l'Ontario Paramedic Association (2013)

Sondage sur l'appui à l'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux – Rapport préliminaire

Le 13 mars 2013

Sondage réalisé par des DeL services

Parrainés par l'Ontario Paramedic Association

Introduction

En réponse à une demande de la ministre de la Santé et des Soins de longue durée, le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) a invité l'Ontario Paramedic Association (OPA) à présenter, en novembre 2012, une proposition visant à réglementer la profession d'ambulancier paramédicale en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*. Un volet de cette demande consistait pour l'OPA à « décrire tout processus de consultation entrepris » dans le but de déterminer si les « membres de la profession ou de l'association appuyaient l'autoréglementation ». [traduction libre].

L'OPA a par conséquent mené un sondage en ligne, au moyen du logiciel FluidSurveys (Chide.it Inc.), afin de déterminer dans quelle mesure les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario seraient favorables au projet d'autoréglementation.

Méthode

Le sondage, qui s'est déroulé du 26 février au 11 mars 2013, a été annoncé sur le site Web de l'OPA, sur Facebook et Twitter, ainsi que sur le site Web de diverses organisations du domaine, dont ceux de la Professional Paramedic Association of Ottawa et de la Toronto Paramedic Association. Un courriel, auquel de la documentation était jointe, a également été expédié le 26 février 2013 aux directeurs des 51 SMU de l'Ontario, dans lequel on leur demandait de transmettre l'information à tout le personnel paramédical (voir l'annexe 1).

Dans le cadre du sondage, on demandait dans un premier temps aux répondants s'ils consentaient à ce que des renseignements personnels (nom, nom de l'employeur et numéros d'identification) soient recueillis. Le consentement était suivi d'une liste de questions se rapportant à la situation professionnelle. Trois paragraphes succincts expliquaient ensuite la position de l'OPA en guise d'introduction à l'unique question du sondage : « Veuillez indiquez dans quelle mesure vous appuyez la réglementation de la profession d'ambulancier paramédical par un ordre des ambulanciers paramédicaux », sur une échelle d'appréciation qui va de « tout à fait d'accord » à « fortement en désaccord (ce questionnaire figure à l'annexe 2). On demandait ensuite aux répondants s'ils souhaitaient faire un commentaire.

Aux fins de validation du processus, les répondants devaient fournir leur nom, ainsi que (i) le nom du service d'ambulance et le numéro OASIS (pour les ambulanciers paramédicaux actuellement à l'emploi de Services médicaux d'urgence [SMU]), (ii) le nom de l'employeur et le numéro de certificat de PSMSU (pour les ambulanciers paramédicaux travaillant pour le compte d'entreprises non rattachées aux SMU), iii) nom de l'établissement d'enseignement (pour les formateurs du domaine paramédical) ou (iv) le nom du service d'ambulance (pour les anciens ambulanciers paramédicaux).

Les données ont été exportées dans Microsoft Excel (Redwood, CA, É.-U.) pour être validées, analysées et formatées. Des graphiques ont ensuite été créés à partir de l'ensemble des données. Le sondage, mené par DrL Services, à Ottawa, était commandé par l'Ontario Paramedic Association.

Résultats

Les renseignements demandés ont permis de valider les réponses et d'éliminer tout chevauchement. Onze réponses contenant trop peu de renseignements pour être validées et 104 autres considérées comme des doubles (52 répondants avaient rempli deux fois le sondage) ont été éliminées. Une analyse des doubles a révélé que les réponses de plus de la moitié des répondants (29) pouvaient être retenues, car il s'agissait de répondants ayant réitéré leur préférence ou commenté un changement de préférence. Les réponses de 17 répondants ont été exclues de l'analyse, puisque le changement de préférence, contradictoire, n'était pas commenté (p. ex., « neutre » à « plutôt d'accord » / « tout à fait d'accord » ou à « plutôt en désaccord » / « fortement en désaccord », ou encore « plutôt d'accord » / « tout à fait d'accord » à « plutôt en désaccord » / « fortement en désaccord »). Il n'était donc pas possible de valider la préférence du répondant. Six autres répondants ont revu leur réponse en accentuant leur préférence (p. ex. « plutôt d'accord » à « tout à fait d'accord » ou « plutôt en désaccord » à « fortement en désaccord »). Ces réponses ont été incluses dans le total final reflétant les préférences regroupées dans un sens ou dans l'autre (figure 7).

Pendant le sondage, 1821 réponses non équivoques ont été reçues : 1731 (95,3 %) de la part d'ambulanciers paramédicaux à l'emploi de SMU, 34 (1,9 %) d'ambulanciers paramédicaux ne travaillant pas pour des SMU, 15 (0,8 %) de la part de formateurs du domaine paramédical, et 37 (2,0 %) d'anciens ambulanciers paramédicaux. De ce nombre total, 989 (54,3 %) ont indiqué être « tout à fait d'accord », 133 (7,3 %) être « plutôt d'accord », 95 (5,25 %) être « plutôt en désaccord » et 241 (13,2 %) être « fortement en désaccord » (figure 1).

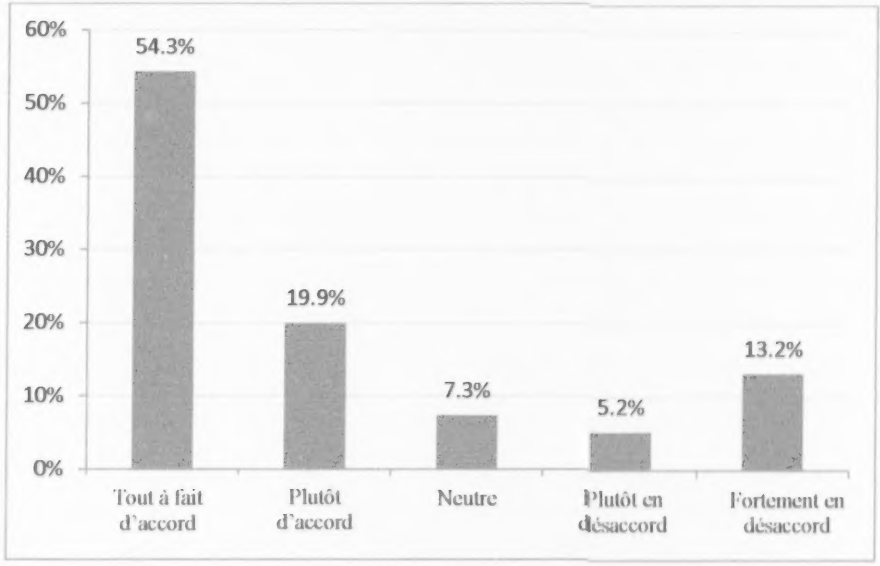


Figure 1. Sondage sur l'adhésion à l'autoréglementation mené en 2013 par l'OPA – Ensemble des réponses (n = 1821)

Les figures 2 à 5 présentent les réponses au sondage par catégorie de répondant.

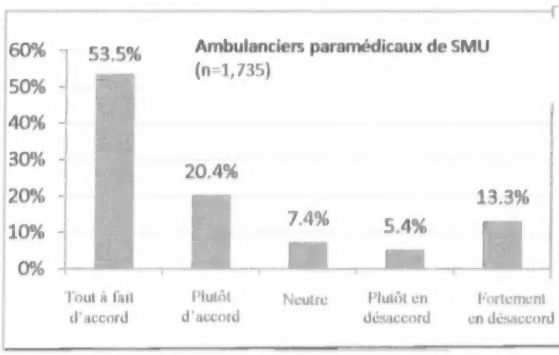


Figure 2

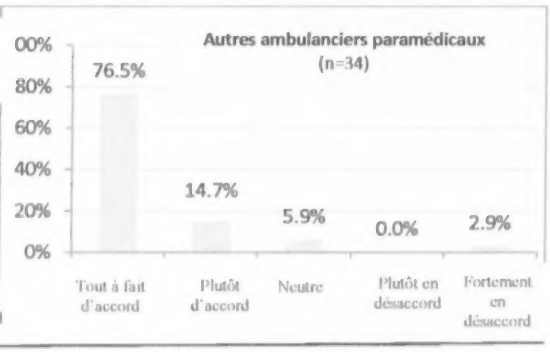


Figure 3

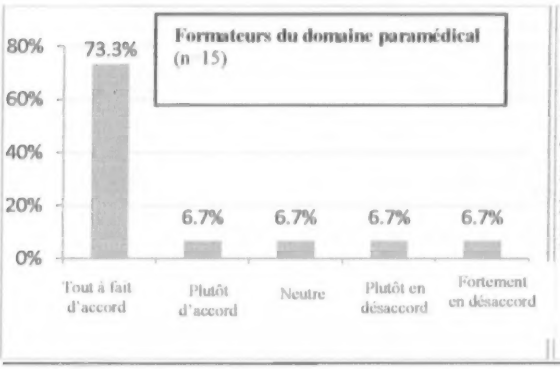


Figure 4

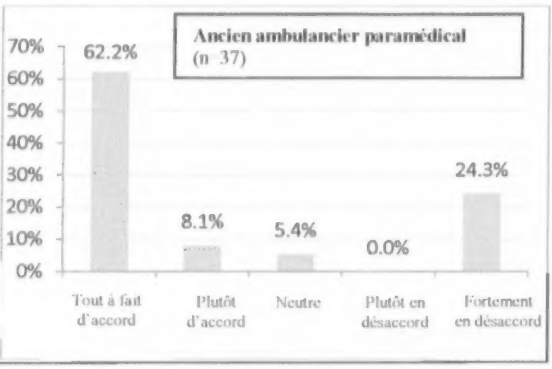


Figure 5

La figure 6 présente les données regroupées par choix de réponse. Compte tenu du ratio de réponses reçues, la catégorie des ambulanciers paramédicaux domine.

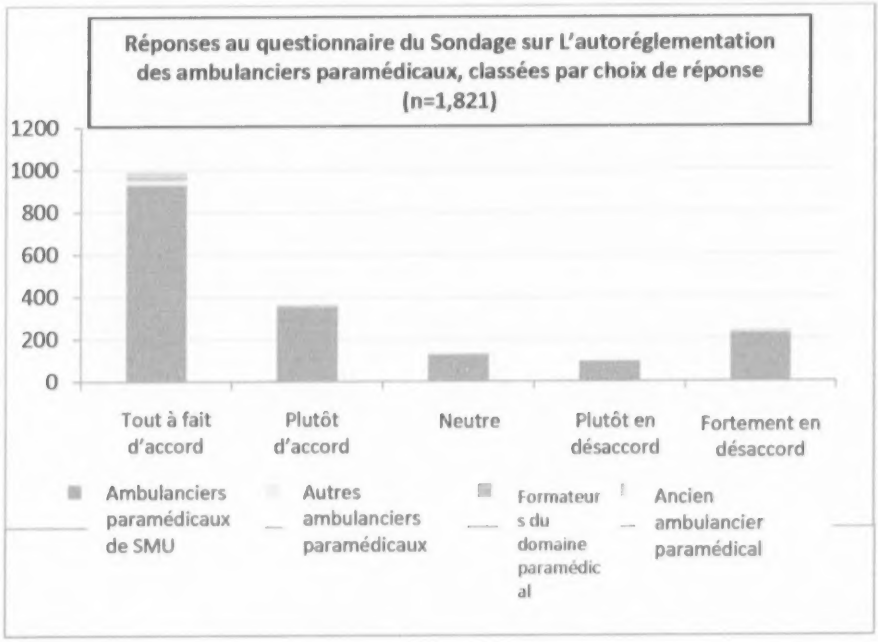


Figure 6

La figure 7 montre les réponses au sondage, regroupées selon la réaction des répondants à l'égard de l'autoréglementation : favorable (« plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord »), « neutre » ou défavorable (« plutôt en désaccord » ou « fortement en désaccord »). (Prendre note que, pour ce regroupement, 6 réponses exclues des analyses précédentes ont été incluses, autrement dit, n = 1827).

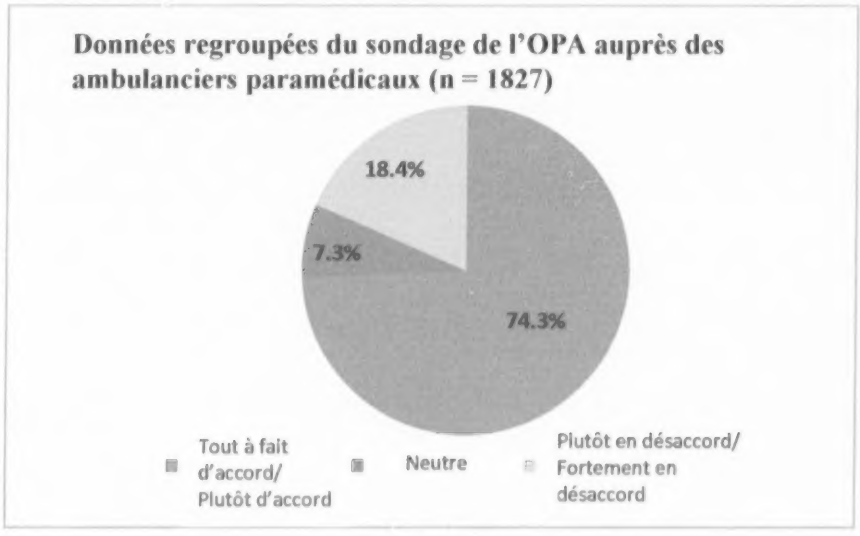


Figure 7

Analyse

Même si les résultats du sondage indiquent une réaction très favorable à la question posée par l'OPA, ce sondage comporte toutefois certaines limites. D'abord, malgré un taux de réponse raisonnablement élevé de la part des ambulanciers paramédicaux à l'emploi de SMU (1735 sur un total estimatif de 7000, soit près de 25 %), comme il s'agit d'un rapport préliminaire, les données n'ont pas encore été ventilées par SMU ou par service paramédical. Ainsi, il reste à déterminer si la distribution de la lettre d'appel du sondage de l'OPA auprès des ambulanciers paramédicaux de SMU a été un succès. Il est donc possible que les résultats du sondage reflètent davantage la position de SMU de grande envergure comme ceux de Toronto et d'Ottawa. Ensuite, la lettre d'appel du sondage n'a pas été distribuée à des entreprises privées de transport médical, ni à des entreprises de services médicaux événementiels, ni à des institutions d'enseignement du domaine. En fait, ces groupes étaient difficilement joignables entre le moment où le sondage a été préparé puis rendu public. Les faibles taux de réponse de la part de ces groupes, en particulier du premier (dont le nombre est estimé à environ 3000 entreprises), ne peuvent être considérés comme étant représentatifs, car, croit-on, ce sondage traite d'une question qui revêt un grand intérêt pour ce groupe.

Annexe 1. Lettre de l'OPA aux SMU

Le 26 février 2013

À l'attention des ambulanciers paramédicaux

Chers collègues,

Comme bon nombre d'entre vous le savent, l'Ontario Paramedic Association (OPA) a été invitée à déposer une demande visant la réglementation des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR). Depuis 1995, l'OPA cherche à obtenir le statut de professionnel pour ses membres et à s'assurer que le titre d'ambulancier professionnel est réservé à ces derniers. L'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* est une question à l'ordre du jour depuis bien des années. En 1998, un rapport du Groupe d'étude sur le transfert des services d'ambulance terrestres recommandait l'autoréglementation afin de pallier les principales lacunes du cadre législatif du service d'ambulance. L'OPA propose l'adoption d'un système simplifié, réglementé par un seul organisme et dans le cadre duquel les ambulanciers paramédicaux seraient responsables des actes visés par leur profession.

Conformément à la description qu'en donne le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, le cadre législatif de la LPSR est un « système de réglementation qui permet aux milliers de professionnels de la santé de l'Ontario de mettre toutes leurs compétences et leurs capacités au service des patients, et de collaborer pour s'assurer qu'ils obtiennent les meilleurs résultats qui soient. Ce système permet en outre aux professionnels d'actualiser leurs compétences et de faire preuve de sensibilité à l'égard des attentes de plus en plus importantes des clients du système de santé actuel ». À ce jour, 20 groupes de professionnels de la santé sont passés à l'autoréglementation en vertu de cette loi, entre autres les infirmiers, les pharmaciens, les inhalothérapeutes et les médecins.

Consultez le site Web de l'OPA pour en savoir plus sur ce que sous-entend l'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux.
http://www.ontarioparamedic.ca/profesionnal_self-regulatio/paramedics_faqs/

Afin de répondre à la demande du ministre et de permettre à notre profession de faire le prochain pas pour établir sa crédibilité au sein du système de santé et dans l'opinion publique, nous avons besoin de vos commentaires. Plus précisément, nous devons obtenir l'appui du plus grand nombre d'ambulanciers paramédicaux possible en ce qui concerne la formation d'un nouvel organe de réglementation. Dans cette optique, nous vous demandons de bien vouloir répondre au sondage de l'OPA en ligne à l'adresse suivante :
http://fluidsurveys.com/s/opa-self-regulation/survey/

Le sondage sera en ligne jusqu'au **11 mars 2013**, à **12 h**.

Merci, Chers collègues, de l'intérêt que vous porterez à la présente.

Rob Theriault, BSc. santé, PSMSU, technologue autorisé en cardiologie (avancé), PSC(f)
Président, Ontario Paramedic Association
Rob.theriault@ontarioparamedic.ca

Ontario Paramedic Association :
MAPLERIDGE RPO 1875, RUE LANSDOWNE O. C.P. 201016 PETERBOROUGH (ONTARIO) K9J8M7

Annexe 2. Questionnaire d'enquête de l'OPA

ONTARIO PARAMEDIC ASSOCIATION – SONDAGE SUR L'AUTORÉGLEMENTATION DES AMBULANCIERS PARAMÉDICAUX

Mot de bienvenue

Nous sommes heureux de l'intérêt que vous portez au sondage d'opinion de l'OPA sur l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédicale en Ontario.
Nous souhaitons recueillir les avis de tous les ambulanciers paramédicaux et ambulanciers paramédicaux diplômés de l'Ontario.

Déclaration de confidentialité

Pour permettre la validation des données recueillies, vous devez fournir trois renseignements personnels : votre nom, votre numéro OASIS ou de certificat de PSMSU (si vous ne travaillez pas actuellement pour un service d'ambulance), et le nom de votre employeur.
L'Ontario Paramedic Association (OPA) s'engage à préserver la confidentialité, la sécurité et le caractère privé de ces renseignements. Ceux-ci ne seront utilisés que pour nous assurer que chaque réponse est valide; ils ne seront utilisés à aucune autre fin, ni divulgués à un tiers, quel qu'il soit. Les données seront conservées par l'OPA dans un système de stockage de fichiers électroniques protégé par mot de passe, jusqu'à ce que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ait rendu une décision concernant la demande de l'OPA ou aussi longtemps que nécessaire pour satisfaire aux exigences de la loi, la période la plus longue étant retenue, après quoi ils seront détruits.

Consentement

Je consens à ce que l'Ontario Paramedic Association recueille mes renseignements personnels aux fins de validation de ce sondage. (un « non » met immédiatement fin au sondage.)

O Oui

O Non

Nom (obligatoire)

Prénom et

nom de famille

Information sur l'emploi aux fins de validation

Êtes-vous actuellement à l'emploi d'une entreprise de services paramédicaux?

O Oui

O Non

Nom de l'entreprise

Veuillez fournir le(s) nom(s) des entreprises de services paramédicaux pour lesquelles vous travaillez.

Entreprise principale de services paramédicaux (obligatoire) [ ]

Deuxième entreprise de services paramédicaux (facultatif) [ ]

Troisième entreprise de services paramédicaux (facultatif) [ ]

Numéro OASIS

Veuillez fournir votre numéro OASIS

[ ]

Autres emplois dans le secteur des services paramédicaux

Travaillez-vous actuellement pour une entreprise privée qui emploie des personnes ayant une formation d'ambulancier paramédical (p. ex. service de transport médical non urgent, services médicaux événementiels, etc.)?

O Oui

O Non

Services médicaux privés

Veuillez préciser le nom de l'entreprise pour laquelle vous travaillez et, le cas échéant, votre numéro de certificat de PSMSU.

Nom de l'entreprise [ ]

Numéro de certificat de PSMSU [ ]

Institution d'enseignement

Travaillez-vous actuellement pour une institution d'enseignement offrant de la formation en soins paramédicaux?

O Oui

O Non

Nom de l'institution d'enseignement

Veuillez indiquer le nom de l'institution d'enseignement pour laquelle vous travaillez.

[ ]

Autres

Êtes-vous un ancien ambulancier paramédical?

O Oui

O Non

Emploi précédent

Veuillez indiquer le nom de l'entreprise de services paramédicaux pour laquelle vous travaillez.

[ ]

À propos de l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical

À tous nos collègues,

Comme vous être nombreux à le savoir, il a été demandé à l'OPA de présenter une proposition visant l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical exercée en Ontario, en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR). L'OPA et ses membres poursuivent depuis 1995 l'objectif de faire reconnaître le statut professionnel et la protection du titre d'« ambulancier paramédical ». L'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical par l'intermédiaire d'un ordre habilité en vertu de la LPSR fait couler beaucoup d'encre depuis de nombreuses années. Le groupe de travail sur la transition des services d'ambulance terrestre a publié en 1998 un rapport recommandant de « s'attaquer aux lacunes du cadre réglementaire des services d'ambulance ». L'OPA propose un cadre simplifié régi par un organisme unique de réglementation, dans lequel les ambulanciers paramédicaux seront responsables de leur propre champ d'exercice. Comme le mentionnait le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, le cadre réglementaire de la

LPSR est un « système de réglementation qui permet aux milliers de professionnels de la santé de l'Ontario de contribuer aux soins aux patients dans la pleine mesure de leur formation et de leurs capacités, de collaborer les uns avec les autres de [telle] manière que les efforts de tout un chacun soient déployés pour produire les meilleurs résultats possible pour les patients et de [façon à] répondre avec les plus récentes compétences et une sensibilité profonde aux attentes croissantes des utilisateurs de soins de santé actuels ». Plus de vingt professions de la santé sont aujourd'hui réglementées en vertu de la LPSR, dont celles d'infirmier(ère), de pharmacien(ne), d'inhalothérapeute et de médecin, pour n'en nommer que quelques-unes. Nous avons besoin de votre point de vue pour répondre à la demande de la ministre et pour aider notre profession à franchir la prochaine étape dans l'établissement de sa crédibilité au sein du système de soins de santé et aux yeux du public. Nous devons recueillir l'avis du plus grand nombre d'ambulanciers médicaux possible pour témoigner de l'appui de la profession à l'égard de l'institution d'un nouvel organisme de réglementation.

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous appuyez la réglementation de la profession d'ambulancier paramédical par un ordre des ambulanciers paramédicaux.

- O Tout à fait
- O d'accord
- O Plutôt d'accord
- O Neutre
- O Plutôt en désaccord
- O Fortement en désaccord

Avez-vous des commentaires?

Merci d'avoir pris le temps de répondre à notre sondage.

Annexe G Lettres d'appui

Le 22 février 2013

Ontario Paramedic Association
a/s de M. R. Theriault
1875, rue Lansdowne O.
Peterborough (Ontario) K9J 8M7

Monsieur,

La présente a pour but d'exprimer mon appui aux efforts déployés en Ontario pour obtenir l'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux.

Le Saskatchewan College of Paramedics considère que le privilège de l'autoréglementation devrait être accordé à tous les ambulanciers paramédicaux du Canada, y compris à ceux de l'Ontario. Grâce à l'autoréglementation, la capacité des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario à servir et à protéger le public serait assurée par un organe de réglementation qui encadrerait la profession par l'inscription des membres, la délivrance de permis, la formation et des mesures disciplinaires.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Derek Dagenais
Président
c.c. : Sheri Hupp, directrice administrative

Le 28 février 2013

Rob Theriault
Président, Ontario Paramedic Association
Mapleridge R.P.O.
C.P. 21016
Peterborough (Ontario) K9J 8M7
rob.theriault@ontarioparamedic.ca

Monsieur,

Ma lettre a pour but de vous offrir l'appui de l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario concernant la réglementation de la profession d'ambulancier paramédical en Ontario en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR). Nous comprenons que cette demande vient au terme d'un long processus pour les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario et sommes heureuses d'apprendre qu'elle sera examinée par le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) au cours des prochaines semaines.

Partout dans la province, les ambulanciers paramédicaux collaborent avec les sages-femmes en transportant à l'hôpital des femmes sur le point d'accoucher ou en prêtant main-forte dans les cas d'accouchement à domicile. Plus récemment, notre ordre a entamé un processus de consultation avec des unités de services médicaux d'urgence (SMU) sur la planification des centres d'aide à la naissance. Ces échanges ont été très profitables pour toutes les parties. Il en résulte une connaissance approfondie du travail qu'accomplissent les sages-femmes et les ambulanciers paramédicaux, ainsi que des champs d'intervention qu'ils ont en commun.

Les sages-femmes ont cumulé depuis vingt ans une grande expérience de la législation ontarienne et, grâce à l'épanouissement de notre profession, nous avons pu servir des milliers d'Ontariennes et leurs familles. Notre pouvoir d'autoréglementation nous permet d'élaborer des normes et des politiques qui reflètent l'évolution de notre profession, mais aussi de l'ensemble du système de soins de santé de la province. Les avantages de l'autoréglementation vous sont familiers, et ce pouvoir doit vous être accordé afin que tous les résidents de l'Ontario bénéficient de services paramédicaux réglementés.

Nous espérons entendre au cours des prochains mois que votre demande d'autoréglementation a été approuvée, ce qui permettra aux ambulanciers paramédicaux de remplir leur mandat en protégeant le public et en améliorant l'accès aux soins de santé dans toute la province.

Veuillez agréer, Monsieur, mes plus cordiales salutations.

Barbara Borland, sage-femme autorisée
Présidente, CMO

c. c. Robin Kilpatrick, registraire, CMO

Le 7 mars 2013

Monsieur Robert Thériault, BHS, PSMU, TAC (avancé), APNS (a)
Président, Ontario Paramedic Association
Mapleridge RPO
1875, rue Lansdowne Ouest
C.P. 21016
Peterborough (Ontario) K9J 8M7
rob.theriault@ontarioparamedic.ca

Objet : Autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical

Cher Robert,

Le comité de direction de l'Ordre a eu l'occasion de discuter de votre lettre datée du 20 février 2013 relative à l'autoréglementation par un ordre habilité en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR).

L'Ordre des massothérapeutes de l'Ontario (l'Ordre) appuie la demande d'autoréglementation en vertu de la LPSR de l'Ontario Paramedic Association. Nous sommes d'avis que l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical assurera à toute la population ontarienne la prestation de soins paramédicaux sécuritaires et éthiques conformes aux normes ainsi que l'accès du public aux processus de gouvernance des ambulanciers paramédicaux.

Cordialement

Corinne Flitton
Registraire et directrice générale
Ordre des massothérapeutes de l'Ontario

ONTARIO ASSOCIATION OF PARAMEDIC CHIEFS
1 Yonge Street, Suite 1801, Toronto, ON M5E 1W7
www.emsontario.ca

Le 9 mars 2013
Robert Thériault
Président
Ontario Paramedic Association

Objet : Position de l'OAPC à l'égard de l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical

Monsieur,

L'Ontario Association of Paramedic Chiefs (OAPC) approuve l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical.

Cette question a été soulevée à maintes reprises depuis que le groupe de travail sur la transition des services d'ambulance terrestre avait recommandé l'autoréglementation de la profession dans son rapport d'analyse de la *Loi sur les ambulances* et de ses règlements d'application publié en 1998.

L'OAPC soutient que l'autoréglementation est la direction que doivent prendre les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario. La profession est fin prête, et son autoréglementation ne peut que servir au mieux les intérêts de nos patients.

Veuillez agréer, Monsieur, mes sincères salutations.

Norman Gale, président

c. c. Dr Jason Prpic, président, AMC
M. Robert Burgess, président, OBHG

President Norm Gale
Email: ngale@thunderbay.ca
Telephone: 807 625-3259

Executive Director Jim Price
Email: x.d@emsontario.ca
Telephone: 519 878-7367

DIRECTION DE L'ONTARIO BASE HOSPITAL GROUP

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE ET POSTAL

Le 28 janvier 2013

Ontario Paramedic Association
Mapleridge R.P.O.
C.P. 21016
Peterborough (Ontario) K9J 8M7
rob.theriault@ontarioparamedic.ca
À l'attention de Robert Thériault, président

Objet : Demande de renseignements

Monsieur,

Nous avons bien reçu votre lettre datée du 17 janvier 2013, dans laquelle vous demandiez des renseignements sur les activités liées à l'assurance de la qualité et les directives médicales des programmes d'hôpitaux principaux.

Comme suite à nos récentes discussions avec vous, des représentants de huit programmes d'hôpitaux principaux ont tenu une téléconférence pour examiner votre demande. Nous avons le regret de vous annoncer qu'il nous sera impossible de vous fournir les renseignements souhaités dans les délais indiqués dans votre lettre.

Les représentants provinciaux des programmes d'hôpitaux principaux appuient l'idée d'un ordre professionnel des ambulanciers paramédicaux et aimeraient vous rencontrer pour discuter en détail du processus de demande et d'examen.

Nous serions heureux d'organiser cette rencontre dans les meilleurs délais.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Robert Burgess, BHS, PSMSU, APNA, CQIA
Président par intérim, Ontario Base Hospital Group

c. c. Dr Jason Prpic, président, Comité consultatif médical provincial
Membres exécutifs de l'OBHG
Membres du CCM provincial

DEMANDE DE L'ONTARIO PARAMEDIC ASSOCIATION POUR LA RÉGLEMENTATION DES AMBULANCIERS *PARAMÉDICAUX SELON LA LPSR, 1991*

Le lundi 11 mars 2013

Président, Ontario Paramedic Association
À l'attention de Monsieur Robert Thériault

Monsieur,

Ma lettre vise à vous informer que j'appuie la demande d'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) présentée par l'Ontario Paramedic Association (OPA) au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS).

En ma qualité de formatrice en soins paramédicaux, je comprends parfaitement les défis et les enjeux complexes de la pratique paramédicale. Actuellement, la profession d'ambulancier paramédical n'est pas réglementée en vertu de la LPSR et, bien que les ambulanciers paramédicaux parviennent malgré tout à dispenser des soins sécuritaires aux patients, de nouveaux rôles s'offrent à eux dans les milieux communautaires et non traditionnels. Dans ce contexte, l'autoréglementation de la profession leur permettrait de participer avec une efficacité et une rentabilité accrues à la prestation de soins de santé. Un ordre des ambulanciers paramédicaux assurera aussi la prestation de soins par des professionnels compétents, respectueux et compatissants, qui assumeront leurs responsabilités à l'égard du public quant aux soins prodigués.

Pour ces raisons, je pense que l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en Ontario est une bonne chose, et j'appuie sans réserve votre demande.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Randi McDermott, TN
Coordonnatrice, Programmes paramédicaux
Georgian College

Le 31 janvier 2013

Président, Ontario Paramedic Association
À l'attention de Monsieur Robert Thériault

Monsieur,

Ma lettre vise à vous informer que j'appuie la demande d'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) présentée par l'Ontario Paramedic Association (OPA) au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS).

En ma qualité de formateur dans le domaine paramédical, je comprends parfaitement les défis et les enjeux complexes de la pratique paramédicale. Le cadre réglementaire actuel a certes permis d'assurer la sécurité des patients dans les situations d'urgence extrahospitalières. Cela dit, à mesure que la pratique paramédicale évolue vers la prestation de soins de santé primaires, nous assistons à l'émergence de nouveaux domaines de spécialité, comme les soins paramédicaux communautaires. Dans ce contexte, alors qu'un nombre croissant d'ambulanciers paramédicaux diplômés exercent des rôles non traditionnels, l'autoréglementation de la profession leur permettrait de participer avec une efficacité et une rentabilité accrues à la prestation de soins de santé. Un ordre des ambulanciers paramédicaux garantirait aussi la prestation de soins par des professionnels compétents, respectueux et compatissants, tout en donnant à la population un droit de regard accru sur les soins qu'elle reçoit.

Pour ces raisons, je pense que l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en Ontario est une bonne chose, et j'appuie sans réserve votre demande.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Jim Whittle

Jim Whittle
Coordonnateur
Programme de formation paramédicale
Algonquin College
1385, avenue Woodroffe
Ottawa (Ontario) K2G 1V8
613-727-4723, poste 6047
Whittlj@algonquincolege.com

Le 30 janvier 2012

À l'attention de Rob Theriault
Président, Ontario Paramedic Association

Monsieur Theriault,

Par la présente, je souhaite exprimer mon appui à la demande déposée par les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé visant l'auto-réglementation de leur profession en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

À titre d'enseignant auprès des ambulanciers paramédicaux, je comprends parfaitement les défis et la complexité de la profession. Bien que le système de réglementation actuel se soit révélé efficace pour garantir la sécurité des patients en cas d'urgence à l'extérieur de l'hôpital, le travail des ambulanciers paramédicaux est de plus en plus conforme à celui des fournisseurs de soins primaires. Conséquemment, de nouvelles spécialités, dont les services paramédicaux communautaires, voient le jour, et de plus en plus d'ambulanciers paramédicaux assument des fonctions non conventionnelles. L'autoréglementation permettrait aux ambulanciers paramédicaux de participer plus efficacement à la prestation des soins de santé. La création d'un organe de réglementation permettrait également de garantir que la compétence, l'éthique et la compassion caractérisent le travail des ambulanciers paramédicaux et que le public puisse se prononcer sur les soins qu'il reçoit.

Pour ces raisons, je considère que l'autoréglementation des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario est souhaitable et j'appuie fermement la demande de l'Ontario Paramedic Association.

Cordialement,

Walter Tavares, ACP, Ph.D.(c)
Coordonnateur des programmes et de la recherche en soins paramédicaux
Centennial College
416-289-5000, poste 8018
wtavares@centennialcollege.ca

Le 4 février 2013

Ontario Paramedic Association
À l'attention de Monsieur Robert Thériault

Monsieur,

Ma lettre vise à vous informer que j'appuie la demande d'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) présentée par l'OPA au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS).

En ma qualité de formateur dans le domaine paramédical, je comprends parfaitement les défis et les enjeux complexes de la pratique paramédicale. Le cadre réglementaire actuel a certes permis d'assurer la sécurité des patients dans les situations d'urgence extrahospitalières. Cela dit, à mesure que la pratique paramédicale évolue vers la prestation de soins de santé primaires, nous assistons à l'émergence de nouveaux domaines de spécialité, comme les soins paramédicaux communautaires. Dans ce contexte, alors qu'un nombre croissant d'ambulanciers paramédicaux diplômés exercent des rôles non traditionnels, l'autoréglementation de la profession leur permettrait de participer avec une efficacité et une rentabilité accrues à la prestation de soins de santé. Un ordre des ambulanciers paramédicaux garantirait aussi la prestation de soins par des professionnels compétents, respectueux et compatissants, tout en donnant à la population un droit de regard accru sur les soins qu'elle reçoit.

Pour ces raisons, je pense que l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en Ontario est une bonne chose, et j'appuie sans réserve votre demande.

Veuillez recevoir, Monsieur, mes salutations les plus distinguées.

Jessica Dykes
Formatrice et coordonnatrice, Confederation College

Le 25 février 2013

Président, Ontario Paramedic Association
À l'attention de Monsieur Robert Thériault

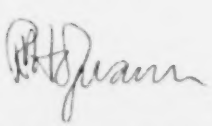
Monsieur,

Ma lettre vise à vous informer que j'appuie la demande d'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) présentée par l'Ontario Paramedic Association (OPA) au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS).

En ma qualité de formatrice en soins paramédicaux, je comprends parfaitement les défis et les enjeux complexes de la pratique paramédicale. Le cadre réglementaire actuel a certes permis d'assurer la sécurité des patients dans les situations d'urgence extrahospitalières. Cela dit, à mesure que la pratique paramédicale évolue vers la prestation de soins de santé primaires, nous assistons à l'émergence de nouveaux domaines de spécialité, comme les soins paramédicaux communautaires. Dans ce contexte, alors qu'un nombre croissant d'ambulanciers paramédicaux diplômés exercent des rôles non traditionnels, l'autoréglementation de la profession leur permettrait de participer avec une efficacité et une rentabilité accrues à la prestation de soins de santé. Un ordre des ambulanciers paramédicaux garantirait aussi la prestation de soins par des professionnels compétents, respectueux et compatissants, tout en donnant à la population un droit de regard accru sur les soins qu'elle reçoit.

Pour ces raisons, je pense que l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en Ontario est une bonne chose, et j'appuie sans réserve votre demande.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations respectueuses.



Ralph Hofmann, M.A., B.Sc., APNA
Coordonnateur, Paramedic Program
Durham College of Applied Arts and Technology
2000, rue Simcoe Nord, Oshawa (Ontario) L1H 7K4

Le 1er février 2013

Président, Ontario Paramedic Association
À l'attention de Monsieur Robert Thériault

Monsieur,

Ma lettre vise à vous informer que j'appuie la demande d'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) présentée par l'Ontario Paramedic Association (OPA) au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS).

En ma qualité de formatrice en soins paramédicaux, je comprends parfaitement les défis et les enjeux complexes de la pratique paramédicale. Le cadre réglementaire actuel a certes permis d'assurer la sécurité des patients dans les situations d'urgence extrahospitalières. Cela dit, à mesure que la pratique paramédicale évolue vers la prestation de soins de santé primaires, nous assistons à l'émergence de nouveaux domaines de spécialité, comme les soins paramédicaux communautaires. Dans ce contexte, alors qu'un nombre croissant d'ambulanciers paramédicaux diplômés exercent des rôles non traditionnels, l'autoréglementation de la profession leur permettrait de participer avec une efficacité et une rentabilité accrues à la prestation de soins de santé. Un ordre des ambulanciers paramédicaux garantirait aussi la prestation de soins par des professionnels compétents, respectueux et compatissants, tout en donnant à la population un droit de regard accru sur les soins qu'elle reçoit.

Pour ces raisons, je pense que l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en Ontario est une bonne chose, et j'appuie sans réserve votre demande.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Mary Osinga, B.Sc., APNS(a)

Ambulancière paramédicale de niveau spécialisé (a), Ornge
Coordonnatrice, Programme de soins paramédicaux
Sir Sandford Fleming College
599, chemin Brealey, salle 436C
Peterborough (Ontario) K9J 7B1
mosinga@flemingc.on.ca
705-749-5520 (poste 1733)
Tél. : 866-353-6464
Téléc. : 705-749-5540
www.flemingc.on.ca

Le 5 février 2013

Président, Ontario Paramedic Association
À l'attention de Monsieur Robert Thériault

Monsieur,

Ma lettre vise à vous informer que j'appuie la demande d'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) présentée par l'Ontario Paramedic Association (OPA) au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS).

En ma qualité de formateur dans le domaine paramédical, je comprends parfaitement les défis et les enjeux complexes de la pratique paramédicale. Le cadre réglementaire actuel a certes permis d'assurer la sécurité des patients dans les situations d'urgence extrahospitalières. Cela dit, à mesure que la pratique paramédicale évolue vers la prestation de soins de santé primaires, nous assistons à l'émergence de nouveaux domaines de spécialité, comme les soins paramédicaux communautaires. Dans ce contexte, alors qu'un nombre croissant d'ambulanciers paramédicaux diplômés exercent des rôles non traditionnels, l'autoréglementation de la profession leur permettrait de participer avec une efficacité et une rentabilité accrues à la prestation de soins de santé. Un ordre des ambulanciers paramédicaux garantirait aussi la prestation de soins par des professionnels compétents, respectueux et compatissants, tout en donnant à la population un droit de regard accru sur les soins qu'elle reçoit.

Pour ces raisons, je suis d'avis que l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en Ontario est une bonne chose et j'appuie sans réserve la demande de l'OPA.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Nell Freckleton, APNA

Le 5 février 2013

Président, Ontario Paramedic Association
À l'attention de Monsieur Robert Thériault

Monsieur,

Ma lettre vise à vous informer que j'appuie la demande d'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) présentée par l'Ontario Paramedic Association (OPA) au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS).

En ma qualité de formateur dans le domaine paramédical, je comprends parfaitement les défis et les enjeux complexes de la pratique paramédicale. Le cadre réglementaire actuel a certes permis d'assurer la sécurité des patients dans les situations d'urgence extrahospitalières. Cela dit, à mesure que la pratique paramédicale évolue vers la prestation de soins de santé primaires, nous assistons à l'émergence de nouveaux domaines de spécialité, comme les soins paramédicaux communautaires. Dans ce contexte, alors qu'un nombre croissant d'ambulanciers paramédicaux diplômés exercent des rôles non traditionnels, l'autoréglementation de la profession leur permettrait de participer avec une efficacité et une rentabilité accrues à la prestation de soins de santé. Un ordre des ambulanciers paramédicaux garantirait aussi la prestation de soins par des professionnels compétents, respectueux et compatissants, tout en donnant à la population un droit de regard accru sur les soins qu'elle reçoit.

Pour ces raisons, je pense que l'autoréglementation de la profession d'ambulancier paramédical en Ontario est une bonne chose, et j'appuie sans réserve votre demande.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

F.W.J. (Kelly) Sheppard, D.HS, M.Ed., BHS, APNS, APNA, PSMSU
Coordonnateur, Programmes de soins préhospitaliers et paramédicaux
Loyalist College Bancroft Campus
ksheppard@loyalistc.on.ca
Tél. : 613-332-1743, poste 245
Téléc. : 613-332-4733

Loyalist College, Bancroft Campus
195 Hastings St. N .O. Box 10 Bancroft , On. K0L 1C0
www.loyalistbancroft.on.ca

Annexe D : Glossaire

Ambulanciers paramédicaux de niveau avancé (APNA) : Un des trois niveaux d'ambulanciers paramédicaux en Ontario. Les ambulanciers paramédicaux de niveau avancé ont plus de connaissances et d'habiletés que les ambulanciers paramédicaux de premier niveau.

Ambulanciers paramédicaux de niveau spécialisé (APNS) : Un des trois niveaux d'ambulanciers paramédicaux en Ontario. Les APNS ont plus de connaissances et d'habiletés que les APPN et les APNA.

Ambulanciers paramédicaux de premier niveau (APPN) : Un des trois niveaux d'ambulanciers paramédicaux en Ontario.

Association des paramédics du Canada (APC) : L'association professionnelle nationale des ambulanciers paramédicaux.

Certificat de préposé aux soins médicaux spécialisés d'urgence (PSMSU) : Un examen provincial donné par le MSSLD. Pour être embauché en Ontario, un ambulancier paramédical doit réussir cet examen.

Collaboration interprofessionnelle : Il existe différentes définitions des termes « soins interprofessionnels » et « collaboration interprofessionnelle ». La définition du terme « soins interprofessionnels » du CCRPS correspond à celle de ProfessionsSantéOntario : « La prestation aux patients de services de santé complets par de multiples soignants qui travaillent en collaboration pour offrir des soins de qualité dans les centres de soins. »

Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada (DSMUC) : Un organisme national dirigé par les directeurs des services médicaux d'urgence du Canada et qui a pour mandat de faire avancer et d'harmoniser le leadership des services médicaux d'urgence au Canada.

Direction des services de santé d'urgence : Administre et fait appliquer la *Loi sur les ambulances*; définit des normes pour la formation, l'évaluation et la formation médicale continue; dirige certains aspects du processus de plainte; et participe à la surveillance de tous les aspects du système, notamment les aspects pris en charge par les fournisseurs municipaux de SMU et par les hôpitaux principaux.

Échelle canadienne de triage et de gravité : Un outil qui permet aux services d'urgence d'établir des priorités de soins aux patients et de gérer la prestation des soins. Les niveaux de triage attribués aux patients sont utilisés dans tous les services d'urgence au Canada et des rapports sont soumis à l'Institut canadien d'information sur la santé.

Formation médicale continue (FMC) : Formation post-universitaire qui aide les professionnels médicaux à maintenir leurs compétences et à être au fait des nouveaux secteurs ou des secteurs en voie de développement dans leur domaine de spécialisation.

Fournisseurs municipaux de services médicaux d'urgence : Ils dirigent la prestation de services ambulanciers dans leur région. Leurs tâches englobent le développement d'une structure organisationnelle et de gouvernance pour permettre la prestation des services, la gestion des véhicules et des ambulanciers paramédicaux, ainsi que le financement des activités

ambulancières. Il y a 53 fournisseurs municipaux de SMU agréés en Ontario (fournisseurs municipaux, fournisseurs privés, hôpitaux, Premières Nations et bénévoles).

Gestion des lieux : Une théorie qui consiste à la coordination, par un ambulancier paramédical, de procédures spécifiques (sociales et autres) visant à contrôler immédiatement l'espace autour du patient afin de lui prodiguer des soins.

Initiative d'analyse comparative des services municipaux de l'Ontario (IACSM) : L'IACSM a élaboré un cadre d'évaluation du rendement des municipalités au moyen de 850 mesures en normalisant les mesures et les protocoles de collecte et de communication de données.

Initiatives communautaires de soins paramédicaux : Un nouveau domaine de pratique pour les ambulanciers paramédicaux où ceux-ci prodiguent des soins à des personnes qui nécessitent une évaluation, un traitement et la gestion de problèmes de santé chronique, du maintien de la santé et de problèmes médicaux qui ne requièrent pas de soins aigus.

Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) : Un organisme sans but lucratif qui développe des ressources et des outils de données probantes pour préconiser des améliorations à la qualité des soins prodigués aux patients.

Normes Advanced Life Support (ALS) (normes de soins avancés de maintien des fonctions vitales) : Normes de pratique et de soins des ambulanciers paramédicaux en Ontario correspondant au champ de pratique des trois niveaux d'ambulanciers paramédicaux (y compris les actes autorisés).

Normes de Basic Life Support (BLS) (normes de soins de base de maintien des fonctions vitales) : Normes qui définissent les attentes du MSSLD quant aux interactions entre l'ambulancier paramédical et le patient pendant le laps de temps où le patient est pris en charge par le système de soins pré-hospitaliers.

Ontario Association of Paramedic Chiefs (OAPC) : Une association qui représente les dirigeants des services ambulanciers paramédicaux des municipalités de l'Ontario, du service ambulancier aérien de l'Ontario et de certaines communautés des Premières Nations.

Ontario Paramedic Association (OPA) : L'association professionnelle des ambulanciers paramédicaux en Ontario. Cette association a aussi soumis la demande d'autoréglementation de la profession.

Préposés en soins médicaux d'urgence : L'OPA a précisé que le terme « préposé en soins médicaux d'urgence » est une ancienne appellation utilisée dans la *Loi sur les ambulances* à des fins de retrait du terme qui n'est plus lié au processus d'entrée dans la profession (voir la page 3 de la demande). Le MSSLD a aussi affirmé que « tous les ambulanciers paramédicaux, peu importe leur niveau, peuvent être appelés des préposés en soins médicaux d'urgence ».

Profil national de compétence professionnelle : Profils de compétence qui ont été élaborés pour définir les compétences des ambulanciers paramédicaux et des répondants médicaux d'urgence au Canada.

Programme des hôpitaux principaux : Regroupement de huit hôpitaux régionaux principaux (sept terrestres et un aérien), désignés par le MSSLD, qui fournissent un leadership et une orientation en ce qui a trait aux aspects des soins de santé d'urgence ambulanciers et pré-hospitaliers. Le directeur médical régional de chacun des hôpitaux principaux fournit des

directives et des conseils médicaux, assure la qualité, donne des conseils d'assurance qualité et s'occupe de la formation et de la certification en matière de soins avancés. Des politiques et des protocoles spécifiques permettent la délégation aux ambulanciers paramédicaux.

Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) : Les RLISS sont responsables de la planification, de l'intégration et du financement des services de santé locaux en Ontario. Ils gèrent les services de santé offerts dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les centres de santé communautaires et les organismes de santé mentale. Il y a 14 RLISS en Ontario.

Services médicaux d'urgence (SMU) : Les services médicaux d'urgence, ou les services ambulanciers, offrent des soins de santé aux personnes soudainement et gravement malades. Le public peut avoir accès aux SMU (ainsi qu'aux services de police, aux services d'incendie et aux partenaires de sécurité publique des SMU) en appelant au 9-1-1.

Transport médical non urgent (TMNU) : Les véhicules de TMNU répondent à un besoin au sein du système de soins de santé en transportant des patients dont l'état est stable et qui ne nécessitent pas, durant le transport, de soins d'un médecin, d'une infirmière, d'un autre fournisseur de soins de santé ou d'un ambulancier paramédical.

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

56, rue Wellesley Ouest
12e étage
Toronto, Ontario, Canada M5S 2S3

Téléphone: 416-326-1550
Interurbains sans frais: 1-888-377-7746
Télécopieur: 416-326-1549

Site web: **www.hprac.org/fr**
Twitter: **http://Twitter.com/CCRPSOntario**
Corriel: **hpracwebmaster@ontario.ca**

ISBN 978-1-4606-1464-8 (Imprimé)
ISBN 978-1-4606-1465-5 (PDF)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012
8 04/13